

**Depresión y Riesgo Suicida en Adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una Institución
Educativa de la Ciudad de Barranquilla**

Daniella Rodríguez Molina



Universidad de la Costa

Maestría en Psicología

Énfasis en Desarrollo Humano. Modalidad Investigación

Barranquilla

14 de diciembre de 2021

**Depresión y Riesgo Suicida en Adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una Institución
Educativa de la Ciudad de Barranquilla**

Daniella Rodríguez Molina

Tesis de grado para optar al título de Magíster en Psicología

Tutor: Daniella Abello Luque

Co-tutor: Paola García Roncallo

Universidad de la Costa, CUC

14 de diciembre de 2021

Nota de la autora:

Daniella Rodríguez Molina

**Estudiante de Maestría en Psicología con énfasis en Desarrollo Humano, modalidad
Investigación, Universidad de la Costa, CUC.**

**La correspondencia relativa a este trabajo debe ser dirigida a Daniella Rodríguez Molina,
Bienestar Institucional, Corporación Universitaria Americana. Barranquilla- Colombia. E-
mail: droduiguez@coruniamericana.edu.co**

Agradecimientos

Agradezco a Dios por darme la salud y las fuerzas para lograr este objetivo, a la universidad por la oportunidad brindada de formar parte de ella, a la asesora Dra. Daniella Abello Luque y a la co- tutora Paola García Roncallo por el tiempo dedicado y aportes significativos para culminar el proyecto de investigación. A todos los docentes que de una manera u otra contribuyeron mediante sus conocimientos y experiencias en mi formación profesional en el nivel de maestría. A la Universidad de la Costa y a los directivos por abrirme las puertas de la institución y a los estudiantes que colaboraron en el estudio brindando información referente a la temática prevista y al tiempo que dedicaron en el proceso.

Resumen

Los trastornos del estado del ánimo se han estudiado desde el siglo pasado; sin embargo, se evidencia con el pasar de los años, un devenir en las diferentes manifestaciones de los llamados trastornos afectivos, entre los que se destacan la Depresión y el Riesgo Suicida. Actualmente, constituyen un gran porcentaje de personas afectadas a nivel mundial, sin importar edades, género, escolaridad y raza. El objetivo del proyecto fue Determinar la relación de la depresión y el riesgo suicida en adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa en contexto de riesgo social de la ciudad de Barranquilla. La metodología el proyecto se fundamentó en el paradigma empírico –analítico, con enfoque cuantitativo bajo un alcance correlacional, el diseño fue no experimental- transversal. La información se recopiló mediante la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-A1). Los datos se correlacionaron mediante el coeficiente de Pearson. Los resultados muestran que existe una relación moderada entre las variables Depresión y Riesgo suicida, los indicadores con mayor incidencia fueron el afectivo y conductual. Se concluyó que la depresión no explica en su totalidad al riesgo suicida, lo que propicia que las intervenciones se hagan más complejas y requieran de un tratamiento interdisciplinar y oportuno, extendiéndose la responsabilidad de su detención a todos los actores involucrados.

Palabras clave: depresión, trastornos mentales, riesgo suicida, adolescencia, sistema afectivo, sistema cognitivo

Abstract

Mood disorders have been studied since the last century; However, as the years go by, a development in the different manifestations of the so-called affective disorders is evidenced, among which Depression and Suicidal Risk stand out. Currently, they constitute a large percentage of affected people worldwide, regardless of age, gender, education and race. The objective of the project was to determine the relationship between depression and suicide risk in adolescents aged 10-17 years belonging to an educational institution in a context of social risk in the city of Barranquilla. The methodology of the project was based on the empirical -analytical paradigm, with a quantitative approach under a correlational scope, the design was non-experimental-transversal. The information was collected using the Multidimensional Affective Disorders Scale (EMTA-A1). The data were correlated using Pearson's coefficient. The results show that there is a moderate relationship between the variables Depression and Suicidal risk, the indicators with the highest incidence were affective and behavioral. It was concluded that depression does not fully explain the suicide risk, which encourages interventions to become more complex and require interdisciplinary and timely treatment, extending the responsibility for their detention to all the actors involved.

KeyWords: depression, mental disorders, suicide risk, adolescence, affective system, cognitive system

Contenido

Lista de tablas y figuras.....	9
Lista de Anexos.....	10
Introducción	11
Problema de Investigación.....	13
Descripción del problema	13
Formulación del problema.....	18
Pregunta Principal.....	18
Preguntas secundarias	19
Justificación	20
Objetivos	24
Objetivo General.....	24
Marco Teórico.....	26
Antecedentes del modelo cognitivo conductual	30
<i>Antecedentes (1896- 1938).</i>	30
<i>Surgimiento (1938- 1958).</i>	31
o <i>Consolidación (1958- 1970).</i>	32
o <i>Modificación de conducta en los años sesenta.</i>	32
o <i>La modificación de conducta en los años ochenta.</i>	32
Trastornos Afectivos y sus Antecedentes.....	33
Semiología de la Afectividad.....	34
Manía y Melancolía antes de 1800.....	35
Melancolía	38
Depresión.....	40
Distimia: Stark, Flemming y Kahlbaum.....	42
Ciclotimia: Hecker y Kahlbaum	43
Emil Kraepelin y la enfermedad Maniaco Depresiva	44
Epidemiología de los Trastornos Afectivos	45
Etiología de los Trastornos Afectivos.....	47
Trastornos del Estado del Ánimo	49
Generalidades de la Depresión.....	50

Epidemiología de la Depresión	54
Etiología de la Depresión.....	57
Teorías Psicológicas de la Depresión	61
Teoría Explicativa de la Depresión	61
Teorías Conductuales de la Depresión	61
Teorías Cognitivas de la depresión	63
Teoría Biológica de la Depresión.....	65
Riesgo Suicida	65
Generalidades del Riesgo Suicida	66
Antecedentes del Riesgo Suicida	66
Conceptualización del Suicidio	67
Epidemiología del Riesgo Suicida	70
Factores sociodemográficos.....	70
Etiología del Riesgo Suicida.....	71
Teorías que Explican el Riesgo Suicida.....	72
Modelos biológicos del Riesgo Suicida	73
Modelos Psicológicos del Riesgo Suicida	74
Modelos Psicosociales del Riesgo Suicida	78
La Adolescencia	78
Fases de la Adolescencia	79
Desarrollo Psicológico en la adolescencia.....	81
La Depresión en la Adolescencia.....	82
El Riesgo Suicida en la Adolescencia	83
Metodología.....	86
Diseño de Investigación	86
Instrumento	87
Encuesta Sociodemográfica.....	87
Operacionalización de variables.....	89
Validez y Confiabilidad del instrumento	95
Hipótesis de investigación.....	98
Resultados.....	98
Caracterización sociodemográfica.....	98

Análisis de indicadores de Depresión y Riesgo Suicida.....	101
Estadísticos descriptivos de variables Depresión y Riesgo Suicida agrupadas...	101
Relación Indicadores de Depresión.....	103
Relación Indicadores de Riesgo Suicida.....	103
Relación Indicadores de Depresión y Riesgo Suicida.....	105
Discusión de los Resultados.....	105
Conclusiones.....	110
Referencias	113
Anexos.....	129

Lista de tablas y figuras**Tablas**

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	893
Tabla 2. Distribución de la muestra de acuerdo a las características sociodemográficas encontrada.....	103
Tabla 3. Distribución de frecuencia variable Depresión agrupada	106
Tabla 4. Distribución de frecuencias variable Riesgo Suicida	106

Figuras

Figura 1. Localidades	26
Figura 2. Número de personas atendidas por depresión moderada en Colombia de 2009 a 2015	58

Lista de Anexos**Anexos**

Anexo 1. Datos sociodemográficos	12934
Anexo 2. Formato Escala EMTA-A1.	13136
Anexo 3. Escala de valoración de la EMTA-A1	140
Anexo 4. Escala de valoración Alfa de Cronbach	141
Anexo 5. Informe de validez y confiabilidad de la Escala EMTA-A1	141
Anexo 6. Escala de interpretación Correlación Pearson	1393
Anexo 7. Ratificación de rechazo de Hipótesis nula por medio de Chi Cuadrado.....	143

Introducción

Los trastornos del estado del ánimo se han estudiado desde el siglo pasado; sin embargo, se evidencia con el pasar de los años, un devenir en las diferentes manifestaciones de los llamados trastornos afectivos, entre los que se destacan la Depresión y el Riesgo Suicida. Actualmente, constituyen un gran porcentaje de personas afectadas a nivel mundial, sin importar edades, género, escolaridad y raza.

La depresión se ha venido estudiando como un trastorno mental frecuente caracterizado por el sentimiento de tristeza constante, sentimiento de desesperanza, pérdida del interés, baja autoestima, alteraciones en el sueño, sensación de cansancio y falta de concentración. La mayor consecuencia de esta patología es el suicidio, derivado de factores de riesgo determinantes, precipitantes o predisponentes de índole social, cultural y biológico.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, afirman que la Depresión, para el año 2030 será la principal causa de defunción a nivel mundial afectando al 20% de los adolescentes. Al no tratarse dicha patología, ésta puede terminar en suicidio, siendo la tercera causa de defunción a nivel mundial.

Una gran parte de la población adolescente se ha visto afectada por los cambios que se generan en este ciclo vital. El sistema afectivo, cognitivo, motivacional y conductual, juega una función preponderante en la psique del joven, cuando uno de estos sistemas se ve afectado, puede contribuir a la aparición de conflictos en su estado de ánimo y conllevar a pensamientos de desesperanza, dificultades en la resolución de problemas, a la ideación, planificación, autodestrucción y, en el peor de los casos, al intento suicida.

Para esta investigación se realizó un barrido histórico acerca de los trastornos afectivos, desde sus inicios hasta la actualidad, así como del riesgo suicida y su incidencia en los adolescentes. Se encontraron estudios que evidencian que existen relaciones significativas entre las variables de estudio (Depresión y Riesgo Suicida).

El objetivo general fue determinar la relación que existe entre los indicadores de depresión y de riesgo suicida en los adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa de la ciudad de Barranquilla. A nivel metodológico, el estudio presenta un enfoque cuantitativo, basado en el paradigma empírico-analítico con un alcance correlacional. El diseño por el que se rige el estudio es no experimental- transversal o transaccional.

La técnica de recolección de la información la constituyeron una encuesta sociodemográfica y la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para Adolescentes (EMTA-A1), con la sub-escala de Depresión y la escala de Riesgo Suicida. En cuanto a la medición de la cronicidad sintomatológica se encuentran inmersos en la estructura interna de los ítems mediante una escala ordinal que contiene 4 opciones de respuesta: 1 (nunca), 2 (a veces), 3 (casi siempre) y 4 (siempre). Referente a la medición de la intensidad de los síntomas de los trastornos afectivos, busca conocer el tiempo durante el cual han aparecido y permanecido los síntomas.

El tratamiento de los datos se hizo mediante el software estadístico SPSS edición 22 el análisis de los datos se realizó a través de estadística descriptiva y correlacional. Para el proceso de correlación y análisis de las variables se utilizó el coeficiente de Pearson y la estadística Chi cuadrado.

Problema de Investigación

Descripción del problema

La Depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Esta patología es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana (Organización Mundial de la Salud, 2018). Puede convertirse en un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia y la incapacidad funcional que provoca (Da Silva, Cardoso, Bastos, De Souza y Reisdorfer, 2015), especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, causando gran sufrimiento y lesiones anímicas producidas por circunstancias laborales, como el acoso sexual, los conflictos laborales y las modificaciones en las condiciones de trabajo (Udis, s. f) causando ausentismo o presentismo (American Collage of Cardiology, s. f).

Los trastornos mentales, neurológicos y por el abuso de sustancias son los principales factores que contribuyen a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones, la mortalidad prematura, y los aumentos del riesgo para otras condiciones de salud. En el 2013, la prevalencia de estos trastornos en las Américas, estimada en 12 meses, varió entre 18,7% y 24,2%: la tasa de trastornos de ansiedad, entre 9,3% y 16,1%; la de trastornos afectivos, entre 7,0% y 8,7%; y la de trastornos por el abuso de sustancias, entre 3,6% y 5,3%. (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Así mismo, puede aumentar el riesgo de un comportamiento de estilo de vida poco saludable (Khan, Ahmed y Burton, 2017), además, se puede ver afectado el rendimiento escolar, la autoestima (Ferrel, Vélez y Ferrel, 2014) y el contexto familiar, puesto que, la exposición a contextos familiares hostiles, incongruentes y con patrones de educación autoritarios, pueden

estar relacionados con diversos desajustes emocionales y cognitivos entre los que se encuentra la depresión (Ochoa, 2015) y, en el peor de los casos puede llevar al suicidio consumado, es decir, más del 90% de las personas que mueren por suicidio, tienen depresión (Cassidy, Bradley, Robinson, Meghan & Baron-Cohen, 2016). En otras palabras, se estima que cada año se suicidan cerca de 800,000 personas (Organización Mundial de la Salud, s. f), siendo la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 24 años (Murillo, 2016) con una prevalencia total de 4,5% (Ministerio de Protección social, 2003), siendo los hombres, el 79% (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Se estima que los trastornos depresivos están entre el 3 y 8%, y la prevalencia a través de la vida alcanza valores de aproximadamente 20% al final de la adolescencia. A los 13 años, la incidencia anual es del 1 al 2%, y, a los 15 años, es del 3 al 7%. La relación entre mujeres y hombres pasa de ser 1:1 en menores de 10 años a 3:1 en adolescentes (Cossio, s.f), es decir, aumentó en los últimos 12 meses de 8.7% en 2005 a 11.3% en 2014 en adolescentes y de 8.8% a 9.6% en adultos jóvenes en el rango de edad de 12 a 20 años (Mojtabai, Olfson y Han, 2016), siendo de 8 a 10% mujeres y de 3 a 5% varones (Mori & Caballero 2010).

Por otra parte, se evidencia la tendencia de aumento en la prevalencia en Estados Unidos, durante los años 1991–1992 y 2001–2002, observándose un incremento de 3.33% a 7.06% en las tasas de depresión mayor en adultos americanos. Este incremento fue estadísticamente significativo para las personas de raza blanca, negros e hispanos y en todos los grupos etarios. La prevalencia de los trastornos depresivos es similar en los países occidentales y menor en países del lejano oriente, con tasas que oscilan entre 4 a 20% (Mori y Caballero, 2010); la prevalencia de vida para episodio depresivo fue de 17.9% en gente de raza blanca, de 12.9% en los negros caribeños, y 10.4% en los afroamericanos; sin embargo, la depresión mayor era más crónica y se

asociaba a mayor deterioro funcional, tanto en los afroamericanos y los negros del Caribe, en comparación con los blancos.

Estas estadísticas anteriormente descritas, se contrastan con las suministradas por el Boletín de Salud Mental en Colombia, realizado por el Ministerio de Salud colombiano (2017), puesto que, 70,4% de las personas atendidas con diagnóstico de depresión moderada fueron mujeres, mientras que el 29,6% fueron hombres. Con respecto a los departamentos del país, Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca, ocupan los primeros lugares, independientemente del tipo de depresión; mientras que, Quindío, Santander, Atlántico y Nariño, tienen un número elevado de casos en algunos tipos específicos de depresión. Además, se encontró que la prevalencia en los adolescentes fue de 15.8%, siendo la región central, la más afectada, con una prevalencia de 20,9% y la Oriental con 16,2%.

En relación al distrito de Barranquilla (Colombia), una de cada 20 personas tiene patología mental “grave”. La depresión y la ansiedad son las mayores causas de trastorno, pues concentran el 9% de casos (Periódico El Heraldó, 2016), siendo la primera causa de consulta por Psiquiatría, según el Plan de Salud Territorial, citado por (De Crescenzo et. al. (2017).

Con respecto al Suicidio, el 1,4% de las muertes a nivel mundial fueron por esta causa para el año 2017. Hay una diferencia de diez veces en esta proporción en todo el mundo. En el extremo más alto, el 5% de las muertes fue en Corea del Sur; el 3,9% en Qatar; y 3,6% en Sri Lanka. En Grecia, esta proporción es diez veces menor, del 0,4%. En Indonesia, es del 0,5%. Por edades, el 27.45% son de 70 o más años; 16.17% entre 59-69 años; 11.6% pertenece a edades entre los 15-19 años y el 0.63% a las edades entre 5-14 años. En cuanto a géneros, 6,3 muertes

por cada 100.000 es para las mujeres y 13,9 por 100.000 para los hombres (Ritchie, Roser y Ortiz-Ospina, 2015)

Las tasas de intento en Estados Unidos en niños o adolescentes diagnosticados con Trastorno Bipolar (BD) y Trastorno Depresivo Mayor (MDD), oscilan entre 3 y 18 años (De Crescenzo et. al. 2017). España se sitúa entre los países con las tasas de suicidio más bajas de Europa, los países de la antigua Unión Soviética y Finlandia presentan las tasas de suicidio más elevadas del mundo, mientras que Grecia presenta las tasas de suicidio más bajas.

Con relación a países de América Latina, como México y Chile, la prevalencia de intento suicida fue de 9.5%, siendo las mujeres, las más afectadas en relación a los hombres (15.1% y 3.9%). La edad promedio del intento suicida en las mujeres fue de 14,9 años, mientras que la de los hombres fue de 15.2 años. El nivel educativo con mayor prevalencia de intento suicida fue el bachillerato (10.9%), seguido por el bachillerato técnico (1.4%) y la secundaria (8.7%) (Alcántar, 2002, p. 58-59). Así mismo, el 16,4% de estudiantes encuestados presentó intento de suicidio en los últimos doce meses y 19,5% en el período anterior a los últimos doce meses. La prevalencia de vida para intento de suicidio fue de 25,6% (Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova y Melipillán, 2015, p. 323).

El trastorno depresivo mayor es la principal causa de comportamiento suicida y de suicidio consumado. Constituye la complicación más seria de depresión y es la tercera causa de muerte en jóvenes entre 15 y 24 años. Los trastornos mentales y el abuso de sustancias son los principales factores de riesgo para el suicidio en adolescentes. Este fenómeno incluye pensamientos o ideación suicida, comportamientos e intentos para llevarlo a cabo. Entre los adolescentes deprimidos, el 20% intenta el suicidio y el 8% lo logra (Cossio, s.f).

El suicidio es actualmente la tercera causa de muerte entre jóvenes de 15 y 24 años, y cada año, casi 4,600 jóvenes de 10 a 24 años se suicidan. Además, por cada suicidio completado entre jóvenes de 15 a 24 años, hay entre 100 y 200 intentos de suicidio. De hecho, una encuesta nacional representativa de jóvenes realizada en 2011 encontró que el 15.8% de los estudiantes de secundaria consideraron seriamente el suicidio en el último año, 12.8% había hecho un plan para suicidarse, 7.8% había intentado suicidarse al menos una vez, y 2.4% recibió atención médica por una lesión sufrida durante un intento de suicidio (Smischney, Chrisler y Villarruel, 2014).

Por otro lado, en Estados Unidos, el suicidio es la tercera causa de muerte entre todos los niños y adolescentes de 10-19 años. Las tasas de muerte en los adolescentes disminuyeron entre finales de los años ochenta y 2003, pero aumentaron entre 2003 y 2004, en las mujeres de 10-14 años (76%), las mujeres de 15 a 19 años (32%) y los hombres de entre 15 y 19 años (9%), y nuevamente entre 2008 y 2009. En 2009, se registraron 1922 suicidios en niños menores de 19 años. El suicidio representó el 14 por ciento de las muertes en adolescentes de 15 a 19 años, y el 8% de las muertes en niños de 10 a 14 años. (Kennebeck y Bonin, 2017). Así mismo, este país y en Corea del Sur, las tasas de intentos de suicidio en niños o adolescentes diagnosticados con Trastorno Bipolar (BD) y Trastorno Depresivo Mayor (MDD), oscilan entre 3 y 18 años (De Crescenzo et al 2017). España se sitúa entre los países con las tasas de suicidio más bajas de Europa, los países de la antigua Unión Soviética y Finlandia presentan las tasas de suicidio más elevadas del mundo, mientras que Grecia presenta las tasas de suicidio más bajas.

En lo que respecta a Colombia, según el Instituto de medicina legal y ciencias forenses (2021) ha habido un aumento de casos por suicidio por sexos con respecto a los años 2020 y a corte del mes de julio de 2021, siendo 1072 hombres y 242 mujeres. Para el 2021, 1213 decesos pertenecen al género masculino y 276 al género femenino. Con respecto a los grupos de edades

10-14 años 68 adolescentes se suicidaron y de 15-17 años 88 respectivamente. Según el ciclo vital, los adolescentes entre 12-17 años 151 se suicidaron.

Siguiendo el boletín estadístico mensual del Instituto de medicina legal y ciencias forenses (2021), según las ciudades capitales con mayor índice de muertes violentas se encuentra Bogotá con 200 personas, Medellín con 103, Cali con 58 y Barranquilla con 34 personas que cometieron suicidio.

Se han encontrado investigaciones que plantean que la depresión y el riesgo suicida tienen relación significativa con la desesperanza, las ideaciones, las interpretaciones del adolescente frente al contacto con otras personas y la apreciación subjetiva de tener poco contacto o relacionamiento con otras personas, dificultades en el apoyo y el contexto familiar (Bahamón y Alarcón-Vásquez, 2018; Gómez-Romero et. al, 2018; Carballo et. al, 2018; Mullen, 2018)

Teniendo en cuenta las cifras suministradas por autores y organizaciones reconocidas a nivel mundial, la depresión y el riesgo suicida, se han convertido en las principales causas de problemas de salud en los adolescentes.

Formulación del problema

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea la siguiente pregunta problema de investigación:

Pregunta Principal

¿De qué manera se relaciona la Depresión con el Riesgo Suicida en los Adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa de la ciudad de Barranquilla?

Preguntas secundarias

- ¿Qué relación presentan los indicadores de depresión que manifiestan los adolescentes de 10- 17 años pertenecientes a una institución educativa de la ciudad de Barranquilla?
- ¿Cuál es la relación existente entre los indicadores de riesgo suicida (Ideación suicida pasiva y activa, pensamientos de desesperanza, resolución de problemas, planificación, intento y autodestrucción) que manifiestan los adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa de la ciudad de Barranquilla?
- ¿Cómo se relacionan los indicadores significativos de depresión y riesgo suicida en los adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa de la ciudad de Barranquilla?

Justificación

La salud mental es considerada como un derecho fundamental y prioritario para la salud pública a nivel nacional, ya que permite el mejoramiento de la calidad de vida; no obstante, cuando hay un detrimento o violación a los derechos fundamentales, la salud mental se deteriora, dando como resultado a los trastornos afectivos o del estado del ánimo, éstos, constituyen uno de los principales problemas de salud mental en los niños, niñas y los adolescentes, donde hay una alteración en el ánimo, que ocasiona malestar significativo y disfunción en diferentes áreas de la vida del sujeto (Cárdenas, Feria, Vásquez, Palacios y De la Peña, 2010)

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud, afirma que el 20% de la población afectada por Depresión, son adolescentes. Las estadísticas son alarmantes, puesto que, la misma organización asevera que para el año 2030, será la primera causa de mortalidad, por encima de enfermedades como el cáncer y el VIH. Así mismo, para la misma fecha, el suicidio, será la segunda causa de defunción.

Se evidencia en estudios de Tuesca y Navarro (2003) altas cifras de depresión y riesgo suicida. Durante el año 1995 hasta 1997 la tasa de suicidio se mantuvo en un rango de 4 por 10.000, pero en 1998 se incrementó en un punto, con una tasa de 5, y se mantuvo igual para el año 1999. Según el DANE citado por el Observatorio del Bienestar de la niñez (2018), desde 2008 hasta 2015, 16.944 suicidios se han registrado en Colombia; 1.812 equivalentes al 14% del total nacional han ocurrido en niñas, niños y adolescentes. El boletín estadístico mensual del instituto de medicina legal y ciencias forenses (2021) refiere que han aumentado las tasas de suicidio pasando de 1314 casos para el año 2020 a 1489 para el año 2021 a corte del mes de

julio. Para la ciudad de Barranquilla se registraron 34 casos de suicidio en lo corrido del año 2021.

Entre los factores de riesgo se encuentra la pérdida reciente o grave, la separación o el divorcio de los padres, la ruptura con la pareja; un trastorno psiquiátrico, por consumo de alcohol y otras sustancias, además, la lucha con la orientación sexual; historia familiar de suicidio, falta de apoyo social (Kaslow, s. f; Baron, 2000; Cañón y Carmona, 2018), la impulsividad y la desesperanza (Tabares, Núñez, Osorio y Aguirre, 2020)

Ante el creciente número de casos de consultas por depresión y el riesgo suicida, el congreso de Colombia, expide la Ley 1616 de 2013 (salud mental), en la cual se promociona la calidad de vida, la prevención de los trastornos mentales, los principios primarios en salud y la atención integral, entre otros. Se evidencia, además, que el grupo etario de 10-17 años se ve afectado por esta problemática de salud pública, por lo que la Ley 1098 de 2006 (infancia y adolescencia) del ministerio de protección social, establece que los niños, niñas y adolescentes, se reconozca la igualdad, la dignidad humana y su protección integral. Además, de sus derechos y deberes, a tener el libre desarrollo de la personalidad y el desarrollo humano integral, establecido en la Ley 115 de 1994 por el congreso de Colombia.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación se hace relevante, debido al alto incremento de las tasas de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas, concentradas a nivel nacional y regional, teniendo mayor relevancia en la adolescencia media y en el género masculino, lo que se convierte en una debilidad para las líneas de acción e intervención en las políticas públicas a nivel nacional.

Pese a tener leyes que rigen la salud mental, la protección de la infancia y la adolescencia, de conocer los resultados de diversas encuestas realizadas por el ministerio de salud y protección social de Colombia y de investigaciones, se hace necesario seguir realizando estudios de estas patologías por parte del estado, encaminadas a dirigir, coordinar y ejecutar políticas de inspección, vigilancia y control, como lo ejerce la superintendencia nacional de salud, y de entidades privadas, las disciplinas de la salud y de las ciencias sociales que intervienen en la problemática de salud pública, promoviendo acciones que permitan la detección temprana de la sintomatología depresiva y el riesgo suicida en la adolescencia, así como poder fortalecer la atención integral a los servicios de salud, la prevención, el seguimiento, el tratamiento y la rehabilitación ante los trastornos del estado del ánimo.

Si bien, se ha podido avanzar en materia legislativa en salud mental, aún existen retrasos en la implementación de la política de salud mental, debido a las dificultades en la articulación intersectorial a nivel nacional y territorial, por lo que se busca, a través de la creación del documento Conpes 3992 (2020), estrategias para la promoción de la salud mental en Colombia y lograr consolidar un plan de acción entre las diferentes entidades, sectores y espacios que inciden en las problemáticas abordadas.

Siguiendo la misma línea, estudiar estas variables permiten conocer la manera como se relaciona la depresión y el riesgo suicida en los adolescentes, así como también en los sistemas motivacional, conductual, afectivo, cognitivo, la ideación suicida, la planificación, la desesperanza, la resolución de problemas y la autodestrucción, como fundamento investigativo de los trastornos mentales, su relevancia en la actualidad como eje principal de la salud y la alta prevalencia de la morbilidad y la mortalidad.

El papel de la psicología y del profesional en salud mental, es fundamental para tratar estas patologías, ya que se propende por la detección de personas con alto riesgo, su evaluación y el uso de herramientas diagnósticas adecuadas, al igual que, poder establecer estrategias, diseñar programas de intervención y psicoeducativos en atención primaria ante familiares, el contexto educativo, profesionales sanitarios y no sanitarios.

Finalmente, este trabajo busca dar respuesta a la problemática expuesta, ya que, aporta a la producción científica de la línea de investigación en neurociencia cognitiva y salud mental del grupo de investigación Cultura, Educación y Sociedad de la Universidad de la Costa, a la Maestría en Psicología y a futuras investigaciones concernientes a esta problemática.

Objetivos

Objetivo General

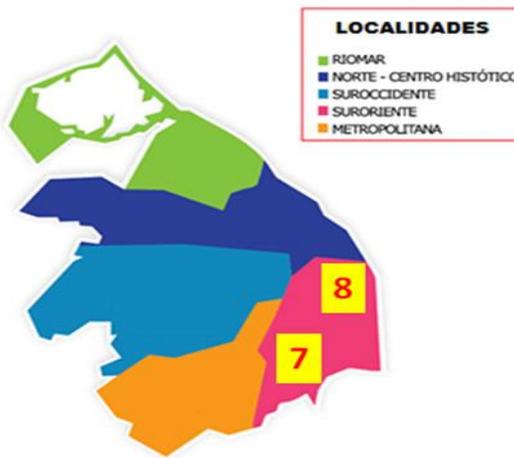
Determinar la relación de la depresión y el riesgo suicida en adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa en contexto de riesgo social de la ciudad de Barranquilla.

Objetivos Específicos

- Identificar los indicadores de depresión (Sistema afectivo, cognitivo, motivacional, conductual y cronicidad e impacto) que manifiestan los adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa en contexto de riesgo social de la ciudad de Barranquilla.
- Identificar los indicadores de riesgo suicida (Ideación suicida pasiva y activa, pensamientos de desesperanza, resolución de problemas, planificación, intento y autodestrucción) que manifiestan los adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa en contexto de riesgo social de la ciudad de Barranquilla.
- Relacionar los indicadores significativos de depresión y riesgo suicida en los adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa en contexto de riesgo social de la ciudad de Barranquilla.

Delimitación Espacial

El estudio se desarrolló en una institución educativa ubicada en la localidad sur oriental de la ciudad de Barranquilla.

Figura 1*Localidades*

Nota. Ubicación geográfica de las Localidades de la ciudad de Barranquilla, por *Alcaldía de Barranquilla, 2020.*

Delimitación temática

La temática se concentra en la relación depresión y riesgo suicidad dicho tema contribuye a la línea de investigación Neurociencia Cognitiva y salud Mental y sub línea Clínica y salud mental a lo largo del ciclo vital

Delimitación temporal

La investigación se desarrolló en un periodo comprendido entre mes 2020 y septiembre de 2021.

Marco Teórico

La temática objeto de estudio ha tomado gran auge en las últimas décadas, de ahí que la academia, los organismos internacionales de salud y los entes gubernamentales en su accionar enriquecen el acervo teórico relacionado con las dos variables depresión y riesgo suicida. Las estadísticas encontradas muestran que dichos trastornos vienen en incremento y se requiere del pleno conocimiento sobre el tema para ser tratado de manera efectiva. A continuación, se presentan algunos trabajos desarrollados que sirven de referentes a la temática en estudio.

Antecedentes del Problema

La Organización Mundial de la Salud (2017), como se citó en el Boletín de salud mental, (2017) en estudios realizados clasifican la Depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Según Montes (2014, p 1) la depresión “es la segunda patología más vista en psiquiatría infantil y se asocia con la disfunción familiar, escolar y la conducta suicida” (p 1).

Ritchie y Roser (2018) determinan que la prevalencia de los trastornos mentales a nivel mundial es del 10.7% lo que equivale a 792 millones de personas, es decir, 9,3% son varones y 11.9% son mujeres. En lo que respecta a la Depresión, 264 millones de personas (3.4%) 2.7% son hombres y 4.1% mujeres. Seguido de los trastornos de ansiedad con 284 millones de personas (3.8%) 2.8% hombres y 4.7% mujeres. El trastorno Bipolar representa el 0.6% de la población mundial, es decir, 46 millones de personas, 0.55% hombres y 0.65% mujeres.

Word Helaf Organization (2019) en sus estudios realizados, opinan que el peor desenlace del trastorno depresivo, es el suicidio. Los autores estimaron que, a nivel mundial, más de

703,000 personas mueren por suicidio cada año. Ésta es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, más que la malaria, el VIH / SIDA, el cáncer de mama o la guerra y homicidio. Más de una de cada 100 muertes (1,3%) en 2019 fueron el resultado del suicidio.

Con respecto a la depresión y el riesgo suicida, existen estudios que documentan la relación significativa entre ambas (Fleming, Merry, Robinson, Denny y Watson, 2007; Ortin, Lake, Kleiman y Gould, 2012; Gómez et., al. 2013; World Healf Organization, 2019; Gili et al., 2019; Tabares, Núñez, Osorio y Aguirre, 2020). Coincidieron que uno de los trastornos con mayor prevalencia en personas que muestran riesgo suicida alto es la depresión, tanto que el suicidio se ha considerado como la complicación más grave de la depresión (Gómez et al., 2013, citado en Bahamón y Alarcón-Vásquez, 2018).

Con respecto a los autores Baca y Aroca (2014) refieren que la comorbilidad depresión-ansiedad es un factor de riesgo para la conducta suicida más importante que estas condiciones por separado u otros diagnósticos, esta asociación confiere mayor riesgo que otros factores como la historia familiar de conducta suicida, el no tener hijos o la edad menor a 35 años.

Otro estudio realizado por Aguirre-Flórez et., al (2014) manifiestan que existe una relación significativa entre el riesgo suicida y la funcionalidad familiar, es decir, cuando los estudiantes presentan una buena funcionalidad familiar, el riesgo suicida positivo es de 5.6%; en contraste, cuando hay disfunción familiar severa, el riesgo suicida aumenta a 48.8%, lo que equivale a un índice de prevalencia de 15.83. Así mismo, Bravo, López, De la Roca y Rodríguez, (2017) refieren que, si el adolescente siente en su familia unión y apoyo, expresión de emociones y baja percepción de dificultades, el riesgo de suicidio es menos probable. El factor de riesgo

ausencia de apoyo social y familiar es más probable en la conducta suicida (Sarmiento, Sánchez, Vargas y Álvarez, 2010).

Un estudio realizado por Nock, Hwang, Sampson y Kessler (2010) plantean que los trastornos mentales se encuentran entre los predictores más fuertes de intentos de suicidio, siendo el 80% de los sujetos que intentan suicidarse tienen un trastorno mental anterior temporalmente. Los trastornos de ansiedad, estado de ánimo, control de impulsos y uso de sustancias predicen significativamente los intentos de suicidio posteriores en análisis bivariados (odds ratios (OR) = 2,7-6,7); sin embargo, estas asociaciones disminuyen sustancialmente en los análisis multivariados que controlan la comorbilidad (OR = 1,5-2,3), pero siguen siendo estadísticamente significativas en la mayoría de los casos. El desglose de los efectos observados revela que la depresión predice la ideación suicida, pero no los planes o intentos de suicidio entre quienes tienen ideación. En cambio, los trastornos caracterizados por ansiedad / agitación severa (por ejemplo, trastorno de estrés postraumático) y un control deficiente de los impulsos (por ejemplo, trastorno de conducta, trastornos por uso de sustancias) predicen que ideadores suicidas hacen un plan o un intento. Estos resultados mejoran la comprensión de las asociaciones únicas entre los trastornos mentales y las diferentes formas de comportamiento suicida.

Groholt (1998) tuvieron en cuenta otros factores preponderantes en la relación de estas variables, una es la edad, puesto que, el riesgo suicida aumenta, así lo demuestra Groholt en su estudio comparativo entre niños menores de 15 años y adolescentes entre 15 y 19 años que cometieron suicidio y un grupo control, obteniendo resultados significativos, es decir, los adolescentes más jóvenes en comparación con los de mayor edad se ahorcaban con más frecuencia (93% frente a 35%), la ideación suicida (7% frente a 39%) y los eventos precipitantes se describieron con menos frecuencia (29% frente a 49%). Los adolescentes mayores tenían con

mayor frecuencia trastornos psiquiátricos (77% frente a 43%). En comparación con los controles, los factores de riesgo de suicidio fueron los trastornos afectivos (adolescentes jóvenes: razón de posibilidades [OR] = 23,8, intervalo de confianza [IC] del 95% = 2,3 a 1.183; adolescentes mayores: OR = 19,6, IC = 10,6 a 38,8); trastornos disruptivos (adolescentes jóvenes: OR = 3,4, IC = 0,0 a 34,0; adolescentes mayores: OR = 6,1, IC = 3,0 a 12,7); y no vivir con dos padres biológicos (adolescentes jóvenes: OR = 3,1, IC = 0,6 a 14,7; adolescentes mayores: OR = 2,5, IC = 1,6 a 3,8).

Por otro lado, Beck, Kovacs y Weissman (1975) plantean en su estudio la relación de la desesperanza con los niveles de depresión y la intención de suicidio en 384 personas que intentaron suicidarse de 17 a 63 años utilizando el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Indefensión de Beck. Los resultados apoyan informes anteriores de que la desesperanza es la variable clave que vincula la depresión con el comportamiento suicida. Este hallazgo tiene implicaciones directas para la terapia de individuos suicidas. Al concentrarse en reducir las fuentes de desesperanza de un paciente, el profesional puede aliviar las crisis suicidas de manera más eficaz que en el pasado.

Fundamentación Teórica

Este apartado sustenta la fundamentación teórica en la que se enmarca esta investigación. Inicialmente se contextualiza a partir de la visión del Modelo Cognitivo-Conductual, la concepción de salud mental desde la que se abordan los Trastornos afectivos, especialmente la Depresión y el Riesgo Suicida. También se conceptualiza sobre la noción de Adolescencia y Riesgo Social.

Antecedentes del modelo cognitivo conductual

El modelo cognitivo conductual nace de las investigaciones realizadas por James Watson y los aportes de Thorndike, Skinner y Bandura, el modelo trasciende lo meramente conductual para darle paso a lo cognitivo. Esta integración facilita la intervención de los trastornos depresivos en pacientes. Según Cruzado, Labrador & Muñoz (2001; citado en Niebles y Pérez, 2016) la historia del desarrollo del modelo cognitivo conductual se ubica en 5 etapas.

- *Antecedentes (1896- 1938)*. Esta etapa se caracteriza por el desarrollo de teorías leyes del condicionamiento clásico propuesto por Pavlov que refiere una técnica orientada al proceso básico de enseñanza y es un mecanismo en el cual el sujeto aprende mediante asociaciones de estímulo-ambiente y los reflejos orgánicos del sujeto; así mismo la teorización de la ley del efecto de Thorndike que postula que las conductas que son seguidas de una respuesta gratificante el sujeto tendera a repetir la conducta y viceversa si la conducta se acompaña de una respuesta que resulta insatisfactoria para el sujeto este no ejecutara nuevamente la conducta lo anterior se convierte en la base para lo que se conoce como modificación de conducta (Cruzado et al., 2001: citado por Niebles y Pérez, 2016).

En 1896 no solo se publican los estudios de Pavlov y Thorndike además de ellos también empiezan a surgir las bases de la teoría conductista propuesta por Watson ya que en este periodo la psicología solo tenía como objeto de estudio la conducta y seguía la línea de estudio de Pavlov y Thorndike.

En esta primera etapa se realizan trabajos siguiendo las directrices propuestas por Watson y Rayner en 1920 en el caso del pequeño Albert inducen experimentalmente una

fobia a un niño (Cruzado et al., 2001: citado por Niebles y Pérez, 2016) pero fue Mary Covert quien aplica un tratamiento para erradicar la fobia a los conejos a un niño mediante una técnica denominada condicionamiento directo que consiste en una aproximación sucesiva del objeto causante de la fobia seguida de un estímulo satisfactorio.

- *Surgimiento (1938- 1958)*. La principal característica de esta etapa es el establecimiento de las teorías neo-conductistas más importantes del aprendizaje entre las cuales se destacan autores como Hull, Mowrer, Tolman y Skinner (Cruzado et al., 2001: citado por Niebles y Pérez, 2016).

El condicionamiento operante es una de las teorías más importantes en este periodo y básicamente habla de la probabilidad de que una conducta aumente o disminuya si es acompañada de un refuerzo ya sea negativo o positivo; Skinner seguía la premisa de que la conducta debe ser observable, medible y modificable según los factores ambientales como antecedentes y consecuencias (Cruzado et al., 2001: citado por Niebles y Pérez, 2016).

En esta etapa también se incluyen los trabajos de Eysenk (1995) que afirma que la psicoterapia era poco efectiva para el tratamiento de algunas enfermedades mentales por lo cual era necesario implementar otras técnicas; luego de la segunda guerra mundial aparece la necesidad de profesionales en la psicología que trataran a las víctimas a través de técnicas que fueran eficaces y con resultados a corto plazo por lo cual y la terapia tradicional no cumplía con esas disposiciones, es a partir de esto que surge la modificación de conducta como una opción acertada que ya contaba con bases teóricas

definidas que generaba explicaciones para los trastornos del comportamiento y también había desarrollado intervenciones eficaces.

- *Consolidación (1958- 1970)*. Para este periodo las técnicas de modificación de conducta ya se aplican eficazmente incluso en casos en los que no se consideraba posible su aplicación por ejemplo en casos como implantación del lenguaje, retraso mental, autismo, delincuencia hasta con niños que no padecían trastornos dentro de las aulas de clase se aplicaban las técnicas del condicionamiento operante (Cruzado et al., 2001: citado por Niebles y Pérez, 2016) Y se desarrollaron técnicas como la economía de fichas, técnicas en aserción y habilidades sociales, alivio de aversión, técnicas aversivas y la desensibilización sistemática.
- *Modificación de conducta en los años sesenta*. En esta época los tratamientos se vuelven más complejos y se implementan las variables cognitivas como parte de la explicación a los problemas comportamentales y en su tratamiento; Además se extrapolan las teóricas de la modificación de conducta a otros campos no clínicos como el deporte, el sector educativo, incluso como herramienta para controlar la contaminación (Cruzado et al., 2001: citado por Niebles y Pérez, 2016)
- *La modificación de conducta en los años ochenta*. En los años ochenta la modificación de la conducta se aprecia completamente consolidada por lo que en esta época solo se apuntan los esfuerzos a la investigación aplicada de las técnicas que tanto se estudiaron en las épocas anteriores, es decir solo se realizan análisis críticos para comprobar la eficacia de los tratamientos propuestos

De acuerdo a las etapas descritas el modelo Cognitivo – Conductual fundamenta su estudio en la relación entre la conducta-entorno teniendo en cuenta que las conductas son las

formas en las que el sujeto interactúa con su entorno y sigue el esquema E-R-C (estímulo, reacciones y consecuencias) propuesto por los conductistas, pero adiciona una variable fisiológica O que incluye todos los elementos y contenidos cognitivos (E-O-R-C). Este modelo a su vez tiene como objeto de intervención la modificación de las conductas desadaptativas sustituyéndolas por otras que permitan que el sujeto se adapte a las situaciones que se presentan en su entorno (Labrador, 2008).

Trastornos Afectivos y sus Antecedentes

Los trastornos afectivos constituyen uno de los principales problemas de salud mental en los niños y los adolescentes donde hay una alteración en el ánimo, que ocasiona malestar significativo y disfunción en diferentes áreas de la vida del sujeto (Cárdenas, Feria, Vásquez, Palacios y De la Peña, 2010)

El grupo de los denominados “trastornos afectivos” surge de la convergencia, ocurrida al inicio del siglo XX, de determinados términos (“afecto” y sus derivados), conceptos (nociones teóricas sobre las experiencias relacionadas con el estado de ánimo) y conductas (cambios observables en el discurso y la acción asociados con la neurobiología de estos trastornos, sea la que fuere). Cada uno de estos elementos tiene una historia diferente y una evolución asincrónica. La propia palabra “afectivo” (como término operativo) posee una dilatada e ilustre historia, y forma parte de una panoplia de vocablos, como emoción, pasión, sentimiento, ánimo, afecto, distimia, ciclotimia o disforia, que denominan experiencias subjetivas superpuestas, con diferentes etimología y origen. No está del todo claro si todos ellos se refieren a una función mental unitaria o a una combinación de funciones. En general, se ha distinguido el sentimiento, la emoción y la pasión, del ánimo y el afecto, por criterios como la duración, la intensidad, *el*

insight, la polaridad, la relevancia, la asociación con un objeto interno o externo, las sensaciones corporales y la motivación (Luque y Berrios, 2011)

Semiología de la Afectividad

La semiología de los trastornos afectivos siempre ha sido considerada el “pariente pobre” de la psicopatología descriptiva, y, en consecuencia, durante el siglo XIX no tuvo el mismo desarrollo ni alcanzó la misma riqueza descriptiva de la psicopatología de la percepción o el pensamiento. Tampoco sus síntomas sobresalieron en las definiciones de los trastornos mentales. Este menor progreso se debió al reinado de la razón en la cultura occidental, donde se erigió en la característica humana determinante (Luque y Berrios, 2011)

Desde la época clásica, las pasiones se han contemplado como el lado oscuro e inferior del hombre, y han desempeñado un papel secundario en la definición de la naturaleza humana. Aunque durante el siglo XVIII, por la influencia del movimiento romántico, se produjo una exaltación de las emociones, esto no supuso el abandono de la racionalidad, sino que, en todo caso, el pensamiento característico del siglo XVIII consistió en la combinación de “lo racional y lo emocional”. La consecuencia más reseñable para la psiquiatría fue la hegemonía de la visión intelectualista de la locura hasta tiempos recientes. Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XIX creció el interés por la afectividad, como demuestran los trabajos de (Brentano, Janet y Freud, citado por González y Capetillo (2017).

Junto con esto, la “naturaleza elusiva de los sentimientos” dificulta la definición de los componentes vivenciales y conductuales de términos como “sentimientos”, “emociones”, “pasiones”, “humor”, “afecto”. Los esfuerzos realizados para denominar estos fenómenos crearon un “palimpsesto terminológico” formado por una colección de términos clásicos

redefinidos (manía, melancolía o distimia), junto con otros nuevos (depresión, disforia, ciclotimia, alexitimia, anhedonia) (Luque y Berrios, 2011)

Manía y Melancolía antes de 1800. En la Antigüedad, manía y melancolía tenían significados distintos a los actuales. En primer lugar, no hacían referencia a polos opuestos; es decir, un estado no se definía contraponiendo las características del otro, sino que sus definiciones se basaban en el análisis del comportamiento: motilidad aumentada o disminuida, ira, lentitud. Además, los síntomas afectivos (tristeza o euforia) no eran definitorios y pertenecían a diferentes niveles de organización semántica (Luque y Berrios, 2011). A continuación, se describirán los tipos de manía teniendo en cuenta su evolución.

- *Manía antes de 1800:* en la época clásica, manía era el término general utilizado para denominar la “locura”, y se definía por la presencia de ira, agresión, excitación y pérdida del control. En ella se incluían entidades que hoy se identificarían con la excitación catatónica, la intoxicación por drogas o el delirium. Es poco probable que la manía denominara la euforia, la hiperactividad o la megalomanía. Este significado de la manía como sinónimo de “locura” permaneció sin cambios hasta el siglo XVIII. Los ejemplos son diversos. Por ejemplo, William Cullen denomina manía a la insania universalis (mentalia, corporea, oscura), y en la entrada “manía” del Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales, redactada por Linas (1871), se indica que “cualquiera sea su origen, la palabra *μανία* (manía) fue empleada por médicos, poetas, oradores e historiadores griegos para designar la locura y, particularmente, las formas exaltadas y furiosas de esta enfermedad” (Luque y Berrios, 2011)
- La nueva manía: Philippe Pinel: La muestra más clara de que en 1800 el término manía significa “locura”, siendo el mejor ejemplo de la “locura completa”, se encuentra en

Pinel, como refleja el propio título del *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. La evolución que sufre el concepto de manía en las primeras décadas del Historia de los trastornos afectivos del siglo XIX se aprecia en las distintas ediciones del tratado. En la segunda edición (1809) ha desaparecido del nombre de la obra el término manía, que ahora se define como: “La manía, el tipo de alienación más frecuente, se distingue por una excitación nerviosa o agitación extrema que a veces alcanza la furia, y por un delirio general más o menos marcado, a veces con los juicios más extravagantes, o incluso con trastorno de todas las operaciones del entendimiento”. Por último, en la *Nosographie* de 1818, Pinel clasificó la manía como uno de los géneros de las vesanias (locuras), y la definió como: “trastorno de una o de más facultades del entendimiento, con emociones alegres o tristes, extravagantes o furiosas, y, en ciertos casos, nula alteración del pensamiento, pero siempre con actos de furor”, reconociendo formas delirantes y no delirantes.

Los factores que influyeron en el cambio conceptual de la manía fueron:

- A) la “manía” era una categoría demasiado amplia y general.
- B) el concepto de locura parcial reemplazó al de locura total.
- C) bajo la influencia de la psicología de las facultades, las “insanias emocionales” se organizaron como grupo autónomo, como síndrome organizado alrededor de los síntomas afectivos y como trastorno primario del afecto y de la acción.
- D) la exclusión de los estados orgánicos (parálisis general, tumores, etc.).

E) el desarrollo del lenguaje descriptivo en psicopatología y creación de definiciones estables: “síntomas elementales” de Griesinger.

F) la incorporación de las experiencias subjetivas.

A mediados de siglo, la manía ya se reconoce como un trastorno primario del afecto, como definen Bucknill y Tuke en su *Manual of Psychological Medicine*: “[Manía] Quizá la forma de enfermedad mental más interesante y mejor reconocida ha sido considerada esencialmente como un trastorno del razonamiento. El Dr. Prichard la clasifica como insania intelectual. Sin embargo, nosotros consideramos que pertenece primariamente al grupo afectivo”.

A inicios del siglo XX, la manía se definía como una “psicosis funcional” caracterizada por:

A) aceleración patológica del flujo de ideas.

B) inquietud motora.

C) ausencia de síntomas que confirmen una enfermedad orgánica del cerebro.

Al mismo tiempo, Mendel identificaba cuatro etapas: 1. inicial; 2. exaltación; 3. furor; 4. declive; y cuatro subtipos: 1. hipomanía; 2. recurrente; 3. gravis; 4. periódica. Entre los síntomas de la manía señalaba las alucinaciones, la anomalía del pensamiento, los delirios, la confusión, la hipermnesia, la hiperactividad y la pérdida de peso. En resumen, durante el siglo XIX, el concepto de manía se fue comprimiendo hasta quedar definido como un trastorno del afecto y de la acción.

Melancolía. El concepto pre decimonónico de melancolía constituía un cajón de sastre de distintas insanias, cuyo denominador común era la presencia de un número escaso de delirios. En la práctica, incluía estados alucinatorios, paranoides y demencias. Además, la tristeza y el ánimo descendido no se consideraban síntomas definitorios.

Por ejemplo, Robert Burton, en la Anatomía de la melancolía, mencionó la tristeza como síntoma de la melancolía, pero también incluyó dentro de esta las obsesiones, los delirios, la conducta suicida y las quejas hipocondriacas. En realidad, lo que hoy día llamamos “depresión mayor” no se hubiese considerado entonces “melancolía”, como apunta John Haslam: “La melancolía, la otra forma en que supuestamente existe esta enfermedad (la locura), consiste para Ferriar, en la ‘intensidad de una idea’. Por ‘intensidad de una idea’, supongo que quiere decir que la mente se queda clavada con más fuerza en un conjunto de ideas, o que recurre a éstas con más frecuencia que cuando se encuentra en un estado de salud”.

Hacia 1820, esta visión amplia de la melancolía iba a cambiar. Bajo la influencia del romanticismo alemán, alienistas como Reil, Griesinger o Heinroth comenzaron a otorgar mayor importancia a los afectos y a las pasiones en el desarrollo de la enfermedad mental. Por ejemplo, Heinroth escribe en 1818: “La presencia de una *idée fixe* no significa que la enfermedad sea una afectación del intelecto; el intelecto es, simplemente, el sirviente de la disposición enferma [...] la *idée fixe* puede no estar presente, pero la melancolía sigue siendo lo que es: la depresión de la actitud, el retraimiento, el desinterés por el mundo exterior”. La transformación se aceleró por una serie de cambios conceptuales, como el desarrollo de la psicología de las facultades, el nuevo modelo anatomoclínico de enfermedad y la inclusión de las experiencias subjetivas.

Como consecuencia de ellos, la melancolía dejó de ser un subtipo de la manía. Un trastorno primario del intelecto e irreversible.

Lo que resultó fue una forma de “locura parcial”, definida como un trastorno primario de las emociones, cuyas características reflejaban un estado general de pérdida, inhibición, reducción y declive. Al igual que ocurrió con la manía, Pinel fue el último de los grandes alienistas que consideró la melancolía en el antiguo sentido clásico. Así, la definió como una locura caracterizada por un número circunscrito de delirios (délire exclusif) y unos márgenes amplios, que contenía todas las formas de psicosis crónica, incluida la esquizofrenia.

En general, el enfoque de la melancolía como delirio parcial, sin considerar las emociones síntomas definitorios, suscitó el rechazo de autores como Rush, que propuso el término “tristimania”, o Esquirol, que claramente manifestó: “La palabra melancolía, empleada en el lenguaje vulgar para expresar el estado habitual de tristeza de algunos individuos, debería dejarse a los moralistas y a los poetas cuya libre expresión no está sujeta al rigor de la terminología médica”. Esquirol acuñó la palabra “lipemanía” precisamente para referirse a los estados afectivos primarios: “La melancolía con delirio o lipemanía es un delirio parcial, crónico, sin fiebre, determinada por una pasión triste, debilitante u opresiva. Esta enfermedad no debe confundirse con la manía, cuyo delirio es general, con exaltación de las funciones intelectuales, ni con la demencia, cuya incoherencia y confusión de ideas son efecto de la debilidad [...]”. El término lipemanía también fue criticado.

Por ejemplo, Delasiauve pensaba que era demasiado “elástico [...] y aunque menos impreciso no se diferencia en el contenido de la antigua palabra melancolía”. Con esto, Delasiauve criticaba que los delirios parciales (vestigio de la vieja concepción intelectualista) continuasen como criterio definidor. El autor francés restringió aún más la lipemanía: “consiste en una exageración y persistencia de los sentimientos depresivos”. El punto culminante de la historia del concepto de lipemanía se alcanzó con el trabajo de Billod, que propuso una

clasificación con cuatro grupos y dieciséis subtipos, basada en una detallada psicopatología y definida por el tipo de afecto y los delirios depresivos. El término lipemania solo se utilizó en la psiquiatría francesa y española, sin que tuviera repercusión en Alemania, Austria o Gran Bretaña, países en los que se siguió usando la palabra “melancolía”. El propio Esquirol señaló que ambos términos podían utilizarse indistintamente. Hacia el final del siglo XIX, la expresión “depresión mental” fue sustituyendo gradualmente a la melancolía; esta se limitó, cada vez con más frecuencia, para denominar un subtipo de depresión psicótica en la vejez.

Depresión. En la anterior cita de Delasiauve aparece uno de los primeros usos técnicos del término “depresión” en psiquiatría, aunque ya estaba extendido en la medicina cardiovascular de mediados del siglo XIX para designar una disminución de las funciones. Usada inicialmente en sentido analógico como “depresión mental”, posteriormente se abandonó el adjetivo “mental”. En 1860 aparece en diccionarios médicos: “se aplica al abatimiento anímico de las personas que sufren alguna enfermedad”. Lo sugestivo de esta definición, y que explicaría su gradual implantación, radica en que sugiere una “disminución fisiológica y metafórica de la emoción cuya capacidad semántica permitiría nombrar al síntoma o a la enfermedad”. De esta forma, pudieron armonizarse las teorías de Griesinger sobre las “alteraciones de los sentimientos” y las descripciones de la melancolía como tristeza.

Esto se refleja en la primera edición del Manual de Psychiatrie, de Régis, donde se definía la depresión como “el estado opuesto a la excitación. Consiste en una disminución de la actividad general que va desde pequeños fallos en la concentración a la parálisis total. Esta se traduce en una inmovilidad absoluta o estupor”. En sucesivas ediciones, Régis(1885) clasifica la depresión dentro del grupo de los trastornos de la actividad general y la define como “la reacción dolorosa pasiva o activa, que traduce el malestar psíquico de la melancolía. La reacción dolorosa

pasiva (depresión propiamente dicha) consiste en una actitud triste con disminución de la actividad general, que puede llegar, en lo que se refiere a la actividad exterior, hasta su suspensión”. Es posible que los médicos eligieran el término “depresión” frente a “melancolía” o “lipemania” porque evocaba una explicación “fisiológica”. Por ejemplo, sir William Gull la adoptó en 1868 en su clásico trabajo sobre la “hipocondriasis”, cuya “característica principal es la depresión mental que ocurre sin ninguna causa aparente”.

Hacia finales del siglo XIX, “depresión” era sinónimo de “melancolía”, y se definía como una “enfermedad caracterizada por el abatimiento del ánimo, la falta de valor o de iniciativa y la tendencia a los pensamientos tristes. El síntoma se presenta en enfermedades del sistema nervioso, tales como la neurastenia y, especialmente, la melancolía”. Savage, en su Manual, definió la melancolía como: “estado de depresión mental, en el que la tristeza es desproporcionada tanto en relación con su causa aparente como en la peculiar forma que adopta. El dolor mental depende de cambios físicos y corporales y no directamente del ambiente”. Estas tres definiciones consideran la depresión como síntoma. Kraepelin, sin embargo, se refirió a los “estados depresivos” como una categoría genérica bajo la que incluía la melancolía simple, el estupor, la melancolía gravis, la melancolía paranoide, la melancolía fantástica y la melancolía delirante.

No obstante, no existía acuerdo sobre el significado clínico de la nueva melancolía o depresión. La presencia de sus síntomas en otras locuras se explicó como: 1. etapa en el desarrollo de una psicosis unitaria; 2. enfermedad independiente, incluida en sí misma o fase de un ciclo junto con la euforia y/o el estupor; 3. desarrollo de la personalidad del sujeto; y 4. expresión de una ascendencia degenerada. En la octava edición de su Tratado, Kraepelin cortó el

nudo gordiano y creó una amplia categoría (la locura maniaco depresiva), que contenía todas las formas de depresión (incluida la melancolía involutiva) y de la manía.

Distimia: Stark, Flemming y Kahlbaum. Carl Friedrich Flemming fue el primer psiquiatra que recuperó la antigua palabra “distimia”, aunque el patólogo alemán Karl Stark la usó previamente para denominar las enfermedades del ánimo (que clasificaba en “hipertimia”, “amimia” y “paratimia”) y distinguir las de los trastornos de la voluntad (“disbulias”) y del intelecto (“disnoesias”). En 1859, Flemming, una de las grandes figuras de la psiquiatría de los manicomios alemanes, publicó una obra titulada Patología y terapia de la psicosis (Pathologie und Therapie der Psychosen), que incluía un capítulo dedicado a los síndromes primarios de las emociones. Influida por la psicología de las facultades, distinguió las “distimias” (enfermedades del ánimo) de las “anoesias” (enfermedades del intelecto) y de la “manía” (enfermedades del intelecto y el ánimo).

Dentro de las distimias separó varias formas clínicas (alegre, jovial, por un lado; triste, pesimista, por otro). Para Flemming, la distimia seguía la tradición de la lipemanía de Esquirol. Estos autores señalan que, curiosamente, quince años después, Flemming renunció a esta clasificación y criticó cualquier intento clasificatorio basado en este sistema, por considerarlo carente de profundidad científica, y reintrodujo cuatro categorías diagnósticas suficientemente confirmadas por la investigación clínica: dos siguiendo a Kahlbaum (catatonía y hebefrenia), y otras dos derivadas de la psiquiatría francesa (“megalomanía paralítica” y “locura circular”, esta última sin mencionar a Falret o a Baillarger).

Ciclotimia: Hecker y Kahlbaum. Ewald Hecker, citado por Luque y Berrios (2011) introdujo el término “ciclotimia” por primera vez en el léxico psiquiátrico en un artículo de 1877.

Kahlbaum, siguiendo su clasificación basada en el curso (estable y variable) y la afectación de las funciones psicológicas (parcial y total), distinguió entre la *vesania typica circularis* (trastornos estables y totales que acaban en el deterioro), de las formas parciales y variables sin deterioro, para las que propuso el término *ciclotimia*: *distimia*, para el ánimo triste, e *hipertimia* para el ánimo elevado.

El “síndrome de la *ciclotimia de Kahlbaum-Hecker*”, caracterizado por episodios recurrentes de depresión o *distimia* y periodos de *hipomanía* o *hipertimia*, influyó considerablemente en el concepto de *locura maniaco-depresiva* de Kraepelin. Para Hecker, la *ciclotimia* es una entidad nosológica definida por los cambios periódicos del ánimo, que oscila entre una exaltación moderada y una depresión *distímica*. Las características nucleares son, durante la *distimia*, la inhibición psíquica sin delirios ni alucinaciones, la desesperanza, las quejas somáticas inespecíficas y, especialmente, la tendencia a la crítica y la reivindicación.

En el estado *hipertímico*, los pacientes presentan un ánimo elevado, aceleración del pensamiento, autoestima exagerada, dispendios económicos, sexualidad aumentada y persistencia de la irritabilidad y la *hipercrítica*. Generalmente, estas oscilaciones anímicas no requieren la hospitalización psiquiátrica. El curso es impredecible con distintos patrones de duración y periodicidad, incluyendo lo que hoy se considerarían estados mixtos y *cicladores rápidos*.

Hecker, sin embargo, resalta el buen pronóstico general de la *ciclotimia* (en contraste con la *parálisis general progresiva* o la *vesania typica circularis* de Kahlbaum), y la distingue de otros

trastornos psiquiátricos, como la melancolía, la histeria o la neurastenia. Gaston Deny introduce el concepto de ciclotimia en Francia en un trabajo publicado en 1908 y, un año después, en la tesis de su alumno Pierre Kahn. Deny, que ya había introducido las ideas de Kraepelin sobre la demencia precoz y la locura maniaco-depresiva, tiene una idea bastante amplia de la ciclotimia, ya que incluye casos de neurastenia, psicastenia, fobia y obsesión.

Aunque la ciclotimia de Hecker y Kahlbaum se asemeja al concepto de trastorno bipolar II, resulta artificial acomodarla en los sistemas de clasificación actuales, ya que los conceptos diagnósticos constituyen fenómenos culturales que pueden cambiar a lo largo del tiempo.

Emil Kraepelin y la enfermedad Maniaco Depresiva. Kraepelin citado por Martínez (2013) muestra como expresa que la mejor forma de resolver el problema de las distintas categorías era eliminar la distinción entre las formas depresivas y las circulares, e incluir todo el trastorno afectivo en una sola entidad nosológica, la locura maniaco depresiva. Este autor, distinguía cuatro tipos: a. melancolía simple o sin delirio; b. melancolía delirante; c. melancolía ansiosa; d. melancolía con estupor.

Por otro lado, Wernicke, citado por Luque y Berrios (2011) concebía la enfermedad maniaco-depresiva en un sentido similar a Falret y Baillarger. Los episodios aislados o recurrentes de manía o melancolía sin el viraje de uno a otro son distintos de la enfermedad maniaco-depresiva. De este modo, Wernicke distinguió cinco tipos de melancolía (afectiva, depresiva, agitada, atónita e hipocondriaca) y otros tantos de manía (pura, paralítica, crónica, agitada).

El pensamiento de Wernicke tuvo continuidad en Karl Kleist y Karl Leonhard. La clasificación de las psicosis endógenas de Kleist era muy compleja, ya que distinguía no menos de 21 formas de esquizofrenia y 18 de psicosis fásicas (Luque y Berrios, 2011).

Epidemiología de los Trastornos Afectivos

Se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas en todo el mundo y que una de cuatro personas sufrirá algún problema de este tipo a lo largo de su vida, sin importar su edad o condición social y es la causa principal de discapacidad a nivel mundial y contribuye de manera muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La influencia de la salud mental en el bienestar físico también es importante, ya que cerca del 13% de las enfermedades están asociadas a trastornos de salud mental (Corea, 2021)

Las prevalencias observadas en los Estados Unidos, Europa y Brasil son más elevadas ya que más de 15% de población ha padecido depresión mayor alguna vez en su vida y más del 6% durante el año anterior. En Estados Unidos se reporta que alrededor de uno de cada cinco adultos mayores de 18 años presentaron sintomatología asociada con el trastorno depresivo en el 2019.

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos estimó que aproximadamente 17.3 millones de adultos en Estados Unidos tuvieron al menos un episodio de depresión mayor en el 2017, esto representaba el 7.1% de la población adulta de los Estados Unidos y se encontró que la depresión era más común en las edades entre 18 y 25 años (13.1%) y en individuos de dos o más razas (11.3%) (Corea, 2021)

En México la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en México señalan que el 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en

algún momento en su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. En países como Colombia y Chile, la situación es muy similar a la de México. Honduras es uno de los países de Centroamérica con los índices de homicidio intencionado más altos, que incluyen una gran cantidad de feminicidios, altos niveles de violencia y en particular de violencia sexual, la cual es endémica, generalizada y normalizada, generando importantes secuelas emocionales y consecuencias en la salud mental de las víctimas y sobrevivientes. Por ende, se considera que en Honduras existen múltiples factores que generan estrés y ansiedad sin importar la edad, género o raza y se estima que más del 30% de la población hondureña sufre o ha sufrido un episodio depresivo (Corea, 2021)

De acuerdo a estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud, estima que, en el 2015, la proporción de la población mundial con depresión fue de 4,4% siendo más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%). La prevalencia varía según la Región de la OMS, desde una prevalencia menor de 2,6% en los hombres de la Región del Pacífico Occidental a una prevalencia de 5,9% en las mujeres de la Región de África.

Las tasas de prevalencia varían según la edad y alcanzan su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años, y por encima de 5,5% en hombres). La depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad. El número total de personas que tienen depresión en el mundo es de 322 millones. Casi la mitad de estas personas viven en la Región de Asia Sudoriental y en la Región del Pacífico Occidental, lo que refleja las poblaciones relativamente más grandes de esas dos regiones (que incluyen India y China, por ejemplo). El número total estimado de personas con depresión aumentó en 18,4% entre el 2005 y el 2015, lo

que refleja el crecimiento general de la población mundial, así como un aumento proporcional de los grupos etarios (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Para el año 2015, se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia, concluyendo que 10 de cada 100 adultos de 18 a 44 años y 12 de cada 100 adolescentes tienen algún problema que sugiere la presencia de una enfermedad mental, así mismo, es preocupante el alto porcentaje de jóvenes que muestran síntomas de alguno de los trastornos psiquiátricos como la depresión y la bipolaridad Casa Editorial (El Tiempo ,2015).

El trastorno depresivo es la segunda patología más vista en psiquiatría infantil y se asocia con la disfunción familiar, escolar y la conducta suicida (Montes, 2014).

Etiología de los Trastornos Afectivos

Desarrollos diversos e importantes han ocurrido en la investigación biológica, psicológica y social de los trastornos afectivos, con repercusiones importantes para el diagnóstico y tratamiento, según Perales (2019):

- *Modelo Biológico*: es posible influir la producción de neurotransmisores a través de los siguientes mecanismos: 1) aumentando los precursores; 2) reduciendo los precursores por

inhibición enzimática; 3) modificando la dinámica de la descarga del neurotransmisor, así como la reabsorción del mismo a nivel de la membrana presináptica; y, 4) alterando la recepción del neurotransmisor, afectando la membrana post-sináptica y mediante la destrucción o inhibición de las enzimas que degradan los neurotransmisores. Esta información ha dado lugar a dos resultados importantes. Primero, a medida que los agentes farmacológicos son más específicos en sus efectos bioquímicos, la respuesta a la medicación psicotrópica se hace más predecible. Segundo, una hipótesis monoamínica de los trastornos afectivos tiene que ser abandonada.

- *Modelo Genético:* recientemente, dos grupos de investigadores han publicado, independientemente, resultados que asocian los trastornos del afecto bipolar con localizaciones genéticas específicas. En ambos estudios, los análisis estadísticos sobre la probabilidad que tales observaciones sean resultado de la asociación genética en vez del azar, excedían 1.000: 1. En el primer informe, Egeland y colab. identificaron en una comunidad Amish, en los Estados Unidos, un segmento cercano al punto distal del brazo corto del cromosoma 11 como el locus del gen que predispone a la enfermedad bipolar. Un segundo estudio, basado en el análisis de linajes por Barón y cols. provee nueva evidencia en apoyo de una cercana asociación entre enfermedad bipolar y dos marcadores en un extremo del cromosoma X: ceguera al color y deficiencia de glucosa-seis-fosfato-dehidrogenasa (Perales, 2019)
- *Modelos Psicológicos:* Akiskal y cols. revisaron la literatura acerca de la relación entre personalidad y trastorno del afecto, y resumieron las posibles interacciones en las siguientes: 1) ciertos rasgos de personalidad predisponen al individuo a desarrollar trastornos afectivos; 2) la personalidad subyacente modifica la forma clínica de

presentación de los trastornos del afecto; 3) alteraciones de la personalidad evidencian, en ciertos casos, la presencia de un trastorno subyacente del afecto; 4) ciertos trastornos de la personalidad representan formas atenuadas de un trastorno afectivo.

De otro lado, la teoría cognoscitiva señala que ocurren distorsiones muy tempranas en el proceso del pensamiento; una cadena de acontecimientos evaluados negativamente que culminan en depresión.

- *Modelo Social:* La conceptualización del hombre como animal social, es el principio central del modelo social de la depresión, que enfatiza el rol que juega la pérdida de lazos humanos en su génesis. En estos casos, el tratamiento implica la reparación, restauración o desarrollo de tales elementos (Perales, 2019)

Trastornos del Estado del Ánimo

Como su propio nombre implica, los trastornos del estado de ánimo son definidos por extremos patológicos de ciertos estados de ánimo- específicamente, de la tristeza y de la euforia. Mientras que la tristeza y la euforia son normales y naturales, pueden llegar a ser dominantes y debilitantes, y pueden incluso dar lugar a la muerte, bajo la forma de suicidio o como resultado de un comportamiento imprudente. En el mismo año, aproximadamente un 7% de americanos sufren trastornos del ánimo (Boeree, s.f.)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) los trastornos afectivos se dividen en dos grandes grupos trastorno bipolar y trastornos relacionados y trastornos depresivos.

Generalidades de la Depresión

Según el Instituto Nacional de Salud Mental, se calcula que 18,8 millones de adultos en los Estados Unidos tienen depresión durante cualquier año (American Psychological Association, s.f.)

Según la Organización Mundial de la Salud (s.f.) La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por especialistas en el ámbito de la atención primaria Organización Mundial de la Salud (s.f.)

Por otro lado, el Centro de Psicología Aaron Beck (s.f.) Refiere que la depresión es el trastorno psicológico más frecuente y suele hacer mucho daño a la persona que lo sufre y a sus familiares, afectando a todos los ámbitos de la vida y, en estados graves, puede llevar al suicidio. Puede aparecer sola, aunque es muy frecuente que acompañe a otros problemas emocionales, por lo que también ha de ser evaluada y tratada incluso cuando el motivo de consulta es otro

trastorno emocional, debiéndose establecer un protocolo de intervención que aborde todos los problemas relacionados presentes.

Coloquialmente, se usa con frecuencia la palabra depresión para referirse a un estado puntual de ánimo más bajo de lo habitual o cuando se está cansado. Sin embargo, la depresión es mucho más que eso. Es un trastorno psicológico que supone importantes cambios en la manera de pensar, de sentir y de comportarse, más evidente conforme aumenta su grado Centro de Psicología Aaron Beck (s.f.)

Teniendo en cuenta las diferentes conceptualizaciones de la Depresión, es preciso enunciar las formuladas por el DSM V:

El trastorno depresivo incluye trastorno de desregulación del estado de ánimo disruptivo, trastorno depresivo mayor (incluido el episodio depresivo mayor), trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y trastorno depresivo inespecífico.

La característica común de todos estos trastornos es la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad de funcionamiento del individuo. Lo que difiere entre ellos son los problemas de duración, tiempo o presunta etiología.

Los siguientes criterios, hacen parte del trastorno depresivo mayor:

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio con respecto al funcionamiento anterior: al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica cualquier informe subjetivo (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación hecha por otros (por ejemplo, parece llorosa). (Nota: en niños y adolescentes, puede ser un estado de ánimo irritable).

2. Interés o placer notablemente disminuido en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica la cuenta subjetiva u observación).

3. Pérdida de peso significativa cuando no se está haciendo dieta o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no sentimientos meramente subjetivos de inquietud o de ralentización).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no solo reproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por cuenta subjetiva o según lo observado por otros).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

10. Los síntomas causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

11. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra condición médica.

12. La ocurrencia del episodio depresivo mayor no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.

13. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía.

A continuación, se muestran los criterios para el trastorno depresivo persistente:

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, durante más días que no, según lo indicado por cuenta subjetiva u observación por parte de otros, durante al menos 2 años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes:

1. Falta de apetito o comer en exceso.

2. Insomnio o hipersomnias.

3. Baja energía o fatiga.

4. baja autoestima

5. Poca concentración o dificultad para tomar decisiones.

6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de 2 años (1 año para niños o adolescentes) de la alteración, la persona nunca ha estado sin los síntomas en los Criterios A y B durante más de 2 meses a la vez.

D. Los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar continuamente presentes durante 2 años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación) u otra condición médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

Epidemiología de la Depresión

Se calcula que en el mundo hay 350 millones de personas que se encuentran afectadas por la depresión; el peor desenlace de la enfermedad es el suicidio. Se estima que cada año se suicidan 800.000 personas en todo el mundo y el grupo de edad más afectado es el de las personas entre 15 y 29 años (Ministerio de salud de Colombia, 2017).

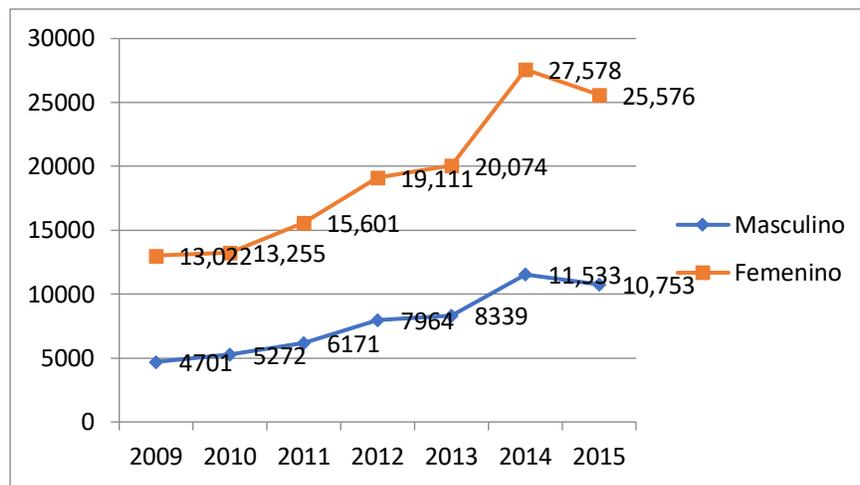
Según Mori & Caballero (2010) La depresión es un problema mayor de salud pública asociada a un aumento de discapacidad funcional y mortalidad. La raza aparentemente juega un papel importante en la prevalencia de depresión, es así que un estudio en EEUU reveló, que la prevalencia de vida para episodio depresivo fue de 17.9% en gente de raza blanca, de 12.9% en los negros caribeños, y 10.4% en los afroamericanos; sin embargo, la depresión mayor era más crónica y se asociaba a mayor deterioro funcional, tanto en los afroamericanos y los negros del Caribe, en comparación con los blancos.

Con respecto a la edad, al realizarse estudios en la comunidad se ha observado que la depresión mayor es menos común en adultos mayores que en jóvenes con una tasa de aproximadamente 1 al 2%, aunque otros estudios en centros de atención primarios indican que las prevalencias son similares tanto en adultos mayores como en jóvenes. Al considerar como grupo etario separado a los adultos mayores, la depresión sí está considerada como uno de sus mayores problemas de salud; sin embargo, a pesar de ser una patología altamente tratable, la mayoría de adultos mayores no reciben tratamiento. Si a esto se añade concomitancia con enfermedades médicas ya sean agudas o crónicas, las tasas de prevalencia son también altas, especialmente si los adultos mayores están en casas de reposo o centros de asistencia Mori & Caballero (2010)

Por otro lado, el Boletín de Salud Mental, realizado por el Ministerio de Salud de Colombia (2017) observó que la mayor proporción de personas atendidas por depresión moderada o severa correspondió a mujeres. En 2015, por ejemplo, el 70,4% de las personas atendidas con diagnóstico de depresión moderada (CIE10:F321) fue de mujeres, mientras que el 29,6% fue de hombres.

Figura 2

Número de personas atendidas por depresión moderada en Colombia de 2009 a 2015



Nota. Estadística de personas atendidas por depresión moderada en Colombia de 2009 a 2015, por *Ministerio de Salud de Colombia, 2017.*

En este mismo boletín, para el año 2015, se evidencia el análisis del reporte de los casos atendidos con diagnóstico de depresión por departamentos, se encontró que Antioquia (15,250), Bogotá (5,199), Valle del Cauca (2,546) ocupan los primeros lugares, independiente del tipo de depresión; otros departamentos como Quindío (1,511), Santander (1,774), Atlántico (948) y Nariño (1,430) tienen un número elevado de casos en algunos tipos específicos de depresión.

En los adolescentes se encontró la mayor prevalencia de síntomas de depresión con 15,8%; por regiones, las más afectadas fueron la Central –con una prevalencia de 20,9%- y la Oriental –con 16,2%3-. La población de 18 a 44 años tuvo la prevalencia más baja de síntomas de depresión y las mujeres están más afectadas.

La encuesta también estimó la prevalencia de depresión en los últimos 30 días, en los últimos 12 meses y en toda la vida. Estos indicadores tuvieron resultados reportados como

imprecisos en niños, niñas y adolescentes. En adultos, las estimaciones de mayor precisión fueron las de prevalencia de depresión en los últimos 12 meses.

Etiología de la Depresión

La enfermedad parece ser causada por la interacción de varios factores, según Pinheiro (2017) entre ellos están los factores orgánicos y los psicológicos. A continuación, se describirán dichos factores:

Factores Orgánicos Responsables de la Depresión. La depresión no surge solamente en razón de problemas emocionales o psicológicos. Ya se han reconocido varios factores de riesgo y causas orgánicas para el trastorno depresivo mayor.

- *Genética:* Personas que tienen familiares con depresión tienen un mayor riesgo de padecer también de la enfermedad, indicando que hay una vulnerabilidad a la depresión que puede ser heredada genéticamente. De hecho, tener parientes cercanos con otros trastornos psiquiátricos, como trastorno de pánico, trastornos afectivos o inclusive alcoholismo, también son factores de riesgo para la depresión. A pesar de intensos estudios en el área, todavía no se logró identificar los genes responsables de la vulnerabilidad a la depresión.

A pesar de la herencia genética, que parece ser un factor importante, ella sola no es suficiente para desencadenar la enfermedad. Esto se prueba fácilmente a través de estudios de hermanos gemelos idénticos, donde se vio que hay concordancia en solamente un 40% de los casos. Por lo tanto, otros factores, aparte de la genética, son necesarios para presentarse el trastorno depresivo.

- *Neurotransmisores:* El cerebro humano es una estructura altamente compleja, cuyo funcionamiento depende de cientos de mediadores químicos. Ahora sabemos que más trastornos psiquiátricos están relacionados con al menos 5 de estos neurotransmisores: noradrenalina, serotonina, dopamina, ácido gamma aminobutírico (GABA) y acetilcolina. La abundancia o carencia de algunos de estos neurotransmisores en ciertas partes del cerebro pueden desencadenar graves trastornos psiquiátricos y neurológicos. Ejemplos: una falta de dopamina en ciertas áreas de la base del cerebro causa la enfermedad de Parkinson. Ya la enfermedad de Alzheimer parece estar relacionada con niveles bajos de acetilcolina en el cerebro. La depresión se origina en un funcionamiento anormal de algunos de estos neurotransmisores como dopamina, serotonina, noradrenalina y GABA. Entre ellos, la serotonina parece tener el papel más importante, estando habitualmente en bajos niveles en pacientes con depresión.
- *Uso de drogas o alcohol:* Las enfermedades adictivas también están bajo la influencia de estos neurotransmisores citados. El alcohol y las drogas ejercen sus efectos incrementando la liberación de dopamina en el cerebro, que causa euforia y una sensación agradable. El problema es que el uso repetido de drogas o alcohol desensibiliza el sistema de la dopamina, haciendo que el mismo se acostumbre a la presencia de estas sustancias. Así, personas adictas necesitan más y más de drogas o alcohol para lograr el mismo grado de satisfacción, pudiendo quedarse deprimidas cuando están fuera del efecto de estas sustancias. El cerebro se acostumbra a vivir con niveles cada vez mayores de neurotransmisores estimulantes, haciendo con que los niveles normales no sean suficientes para controlar el estado de ánimo del individuo

- *Cambios del cerebro:* Además de la reducción de la concentración de neurotransmisores, pacientes con trastorno depresivo crónico también exhiben cambios en la anatomía del cerebro, como la reducción del volumen del lóbulo frontal y del hipocampo. Estudios de neuroimagen muestran también cambios en el funcionamiento de varias áreas del cerebro en personas con depresión. Los investigadores descubrieron una zona de la corteza prefrontal con una actividad anormalmente disminuida en pacientes con este trastorno. Esta región está relacionada con la respuesta emocional y tiene conexiones generalizadas con otras áreas del cerebro responsables de regular los neurotransmisores asociados al estado de ánimo, como noradrenalina, dopamina y serotonina.
- *Enfermedades del cerebro:* Está cada vez más aceptada la relación entre el accidente cerebrovascular (ACV) y la aparición de la depresión. Ahora sabemos que la depresión que surge después de un accidente cerebrovascular es causada no sólo por conmociones psicológicas debido a notables consecuencias de accidente cerebrovascular, como secuelas motoras o del habla. La propia lesión directa del cerebro por el derrame cerebral aumenta el riesgo de la aparición de la depresión, a pesar de las consecuencias del accidente cerebrovascular no tener ningún gran efecto psicológico sobre el paciente. Además del ACV, varios otros trastornos neurológicos aumentan el riesgo de depresión, incluyendo la enfermedad de Parkinson, Alzheimer, esclerosis, epilepsias, tumores del cerebro y traumatismos craneales.
- *Enfermedades crónicas:* Pacientes con enfermedades crónicas son también más vulnerables a la aparición del trastorno depresivo. Las más comunes son: diabetes, enfermedades del corazón, hipotiroidismo, SIDA, cirrosis, enfermedad inflamatoria intestinal, lupus, artritis reumatoide, fibromialgia, entre otras.

Factores Psicológicos Asociados con la Depresión. Tensiones emocionales son un disparador importante para el inicio de la depresión. A menudo, un evento traumático es el factor que falta a un individuo que es susceptible de desarrollar un proceso depresivo.

- *Traumas en la infancia:* Traumas adquiridos en la infancia son un factor de riesgo importante para el desarrollo de la depresión. Entre los traumas están los abusos, la ausencia del padre, muerte de alguien cercano, agresiones o falta de afecto por parte de los padres. Relaciones problemáticas con padres, hermanos y compañeros son comunes en niños y adolescentes con depresión. Adultos depresivos a menudo informan poca participación paterna y sobreprotección materna durante la primera infancia. Niños que han sufrido *bullying* también están en mayor riesgo de convertirse en adultos depresivos.
- *Tensiones emocionales:* Aunque el trastorno depresivo pueda presentarse sin ningún factor precipitante emocional, estreses y pérdidas personales sin duda aumentan el riesgo. Pérdida de seres queridos son importantes factores de riesgo en individuos más jóvenes. En los ancianos con matrimonios largos, la pérdida del esposo o esposa es, frecuentemente, un evento desencadenante de la depresión. Dolor crónico, enfermedades crónicas, incapacidad y enfermedad que dejan secuelas también pueden llevar a la depresión. Aislamiento social, exceso de críticas excesiva y cargos por la familia, dificultad económica persistente, separación conyugal o baja autoestima también son factores comunes. Tener contacto estrecho y frecuente con una persona deprimida también aumenta el riesgo de depresión.
- *Depresión postparto:* La depresión postparto es un tipo de trastorno depresivo que algunas mujeres desarrollan después del parto. La mayoría de las mujeres con depresión posparto comienza a mostrar síntomas en el primer mes de vida del bebé, pero algunas tardan hasta 12 meses para el desarrollo de la depresión. Cerca del 10% de las madres

sufren de depresión posparto. En los primeros 2 o 3 días después de tener un bebé, muchas mujeres tienden a presentar un tipo leve de depresión postparto, llamada tristeza postparto o melancolía postparto. Este cuadro afecta hasta el 80% de las madres y se caracteriza por cambios de humor, irritación, dificultades de concentración, insomnio y ataques de llanto.

Teorías Psicológicas de la Depresión

Según Vásquez, Muñoz y Becoña (2000), existen diversas teorías que explican el origen de la depresión, las cuales se definen a continuación:

Teoría Explicativa de la Depresión

Winokur (1997, citado en Vásquez, Muñoz & Becoña (2000)), propone que la depresión unipolar desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo, pero etiológicamente es heterogéneo. La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

Teorías Conductuales de la Depresión

El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para

cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Antonuccio et al., 1989; citado en Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000).

- *La disminución del refuerzo positivo:* Para Lewinsohn (1975), Lewinsohn, Youngren y Grosscup (1979) y Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986), la depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de: 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) el número de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar; y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona (p.ej., habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000)
- *Entrenamiento en autocontrol:* El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, autorrefuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. Esta teoría se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000)
- *El Modelo de Nezu:* Nezu y sus colaboradores (Nezu, 1987; Nezu, Nezu y Perri, 1989) desarrollaron una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficits o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas. Nezu señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema;

3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000)

Teorías Cognitivas de la depresión

Hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. Los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., auto concepto, atribuciones). 56.6.3.1. La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación

Seligman (1975) hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000)

Por su parte, Abramson et al. (1978) argumenta que las atribuciones propuestas por Seligman, pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Por ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si, por el contrario, lo atribuye a que este tipo de trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable. Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000) 25.6.3.1. Teoría Cognitiva de Beck

La depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente y los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio.

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989): 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000)

La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de diátesisestrés. Se hipotetiza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado. Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (Eaves y Rush, 1984; citado en Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000)

Teoría Biológica de la Depresión

A pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado en las últimas décadas acerca de la biología de la depresión, todavía es escaso el conocimiento sobre el papel de los factores biológicos en la etiología y patogénesis de la depresión mayor (Thase y Howland, 1995). La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina (Friedman y Thase, 1995; Thase y Howland, 1995). Friedman y Thase (1995) plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información. El déficit en estos sistemas podría ser heredado o adquirido (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000)

Riesgo Suicida

La conducta suicida es una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado Encuesta de Salud Mental, realizada por el Ministerio de Salud de Colombia (2015).

Generalidades del Riesgo Suicida

El suicidio ha existido siempre en la sociedad, aunque la comprensión de este acto y de las variables que influyen en él ha cambiado con el tiempo, generando nuevas actitudes en los profesionales (Bella, Fernández & Willington, 2010).

Antecedentes del Riesgo Suicida

El programa para la prevención del suicidio, realizado por el Ministerio de Salud Chileno (2013) refiere que la palabra suicidio es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas “sui” (uno mismo) y “caedere” (matar). Aparentemente fue el médico y filósofo sir Thomas Browne quien utilizó este término por primera vez en su obra *Religio Medici* en 1642, distinguiendo entre el hecho de matar a otra persona y el “homicidio de uno mismo”.

Como fenómeno humano, el suicidio ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las actitudes hacia este fenómeno han variado considerablemente en las distintas sociedades, dependiendo de los valores filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura.

La primera contribución importante al estudio del problema del Suicidio fue realizada a fines del siglo XIX por el sociólogo francés Emile Durkheim en su obra *El suicidio* (1897). Para Durkheim, los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto, el suicidio sería un hecho social. En un intento de explicar los patrones estadísticos, dividió los suicidios en tres categorías sociales: Egoísta, Altruista y Anómico (Ministerio de Salud Chileno, 2013)

En el ámbito de la psicología, Edwin S. Shneidman (1918-2009) es considerado el padre de la Suicidología moderna por ser pionero en el campo de la prevención y atención del suicidio. Shneidman fue además un prolífico pensador y escritor en torno al suicidio y se mantuvo a la vanguardia en sus estudios y reflexiones durante más de 50 años, creando la suicidología como una disciplina nueva. Acuñó palabras y conceptos como suicidología, autopsia psicológica, posvención, muerte sub-intencionada y dolor psicológico. (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010)

Gracias a los aportes de Shneidman, se logró obtener la atención pública y política sobre el fenómeno suicida y sus graves consecuencias sociales, así, en el año 2003 el suicidio se declaró como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y por tanto la Organización de las Naciones Unidas (ONU), junto con la Asociación Internacional de Prevención de Suicidio (IASP), declararon al 10 de septiembre como el “Día Mundial de la Prevención del Suicidio” (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010)

Conceptualización del Suicidio

El fenómeno del suicidio ha sido definido y descrito de múltiples formas a lo largo de los años (Ministerio de Salud Chileno, 2013).

Para Durkheim, el suicidio es toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado, es decir, “habría suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de ésta”.

En 1965, el psiquiatra británico Erwin Stengel definió suicidio como el acto fatal y el intento de suicidio como el acto no fatal, de autoperjuicio. Ambos se realizan con una intención consciente de autodestrucción, la que puede ser vaga o ambigua.

El sociólogo francés Jean Baechler, en su obra “Los suicidios” de 1975, definió el suicidio como toda conducta que busca y encuentra la solución de un problema existencial en el hecho de atentar contra la vida del sujeto.

El psicólogo Edwin S. Shneidman, conocido como el padre de la suicidología, definió el suicidio como “el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”.

En general, las distintas definiciones de suicidio se diferencian en el énfasis que le otorgan a la intencionalidad y consciencia del acto en sí. Actualmente, se considera que, el suicida pretende acabar más bien, es el dolor psicológico y no con la propia vida (Martínez 2008; citado en el Ministerio de Salud Chileno, 2013).

Debido a la gran cantidad de definiciones del fenómeno, en 1976 la Organización Mundial de la Salud, estableció la siguiente definición de suicidio: “Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”.

En Suicidología se distinguen los siguientes conceptos, según el Ministerio de Salud Chileno (2013):

Suicidabilidad: un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida.

Ideación Suicida: pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.

Para suicidio (o Gesto Suicida): acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida.

Intento Suicida: Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta.

Suicidio Consumado: Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación. Shneidman describió diez características comunes a todo suicidio:

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución
2. El objetivo común es el cese de la conciencia
3. El estímulo común es el Dolor Psicológico Insoportable
4. El estresor común son las Necesidades Psicológicas Insatisfechas
5. La emoción común es la desesperanza, la desesperación
6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia
7. El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel)
8. La acción común es escapar
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida
10. La consistencia común es con los patrones de enfrentamiento de toda la vida.

Ministerio de Salud Chileno (2013):

Epidemiología del Riesgo Suicida

Según la Organización Mundial de la Salud (s.f.), anualmente, cerca de 800,000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

En los estudios de autopsia psicológica, la presencia de trastornos mentales se objetiva en alrededor del 90% de las personas que consuman el suicidio, siendo los trastornos más frecuentemente asociados, la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos. En este sentido es importante destacar las previsiones del estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) que nos muestra que un 14,7% de la población europea presentará un trastorno afectivo a lo largo de su vida (casi un 20% en el caso de España), el 14,5% un trastorno de ansiedad y un 5,2% un trastorno por abuso de alcohol.

Factores sociodemográficos

- *Región o país:* las tasas más altas de suicidio a nivel mundial se encuentran en Lituania y Rusia (51,6 y 43,1 por 100 000 habitantes), y las más bajas en Azerbaiyán, Kuwait y Filipinas (1,1, 2,0 y 2,1 por 100 000 habitantes). En Europa, el suicidio es la décima causa de muerte, siendo los países de Europa Oriental los que presentan mayores tasas. También se observan altas tasas en los países nórdicos.

- *Género*: la proporción de suicidios hombre/mujer es de 4:1 en países occidentales y entre 3:1 y 7,5:1 en el resto del mundo. Dos excepciones serían India y China, en donde no hay claras diferencias respecto al género (1,3:1 en la India y 0,9:1 en China).
- *Edad*: aunque proporcionalmente las tasas de suicidio son más altas entre las personas de edad, dada la distribución demográfica, el número absoluto de casos registrados es mayor entre los menores de 45 años, fenómeno que parece existir en todos los continentes y que no está relacionado con los niveles de industrialización o riqueza. En Europa, el suicidio en jóvenes ha ido aumentando entre los años 1980 y 2000, multiplicándose por cuatro su tasa. Sin embargo, tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio son raros antes de la pubertad.
- *Raza*: parecen existir patrones de suicidio según la raza, con menores tasas entre los hispanos y afroamericanos que entre los europeos, especialmente los caucásicos que doblan las tasas observadas en otras razas. Sin embargo, en la actualidad se observa un aumento en las tasas de suicidio de los afroamericanos de EE.UU.
- *Religión*: podría actuar como factor protector, ya que las tasas más elevadas de suicidio se encuentran entre los ateos. Si los suicidios consumados representan alrededor de un millón de casos al año, se ha estimado que los intentos de suicidio podrían ser 10 o 20 veces más numerosos. Respecto a la edad y al sexo, existen importantes diferencias entre el suicidio consumado y los intentos de suicidio. Así, mientras el primero suele producirse en hombres, los intentos son más habituales entre las mujeres jóvenes.

Etiología del Riesgo Suicida

Los métodos empleados para cometer suicidio son los que están disponibles para el sujeto, siendo los más frecuentes las armas de fuego, el ahorcamiento, los venenos agrícolas, los

gases del alumbrado y de vehículos de motor, etc. El suicidio es una muerte multicausal, pues involucra factores biológicos, psicológicos y sociales (Gutiérrez-Quintanilla, 2013).

- *Factores biológicos:* baja concentración del ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo de los suicidas; elevados niveles de actividad de la enzima MAO en las plaquetas; papel de los ejes hipotálamo-hipófisis-suprarrenal e hipotálamo-hipófisis-tiroides en la génesis de la depresión; depleción global de catecolaminas y predisposición genética a padecer enfermedades suicidógenas.
- *Factores psicológicos:* desesperanza, baja autoestima, pobre control de impulsos, pobre control emocional, poca capacidad de amar a otros y a sí mismo, necesidades psicológicas frustradas, desamparo, elevada agresividad, constricción de las emociones y del intelecto, opción suicida predominando sobre otras, ambivalencia, dolor psíquico.
- *Factores sociales:* exceso de individualización y falta de integración (suicidio egoísta), exceso de integración social y falta de individuación (suicidio altruista), ruptura brusca del equilibrio existente entre el sujeto y la sociedad (suicidio anómico) y excesivo control y reglamentación que limita sustancialmente el porvenir del sujeto (suicidio fatalista) (Gutiérrez-Quintanilla, 2013).

Teorías que Explican el Riesgo Suicida

Se han propuesto varias teorías para explicar algunos de los posibles factores que influyen en la conducta suicida, con el fin de prevenirla. Se dividen en modelos biológicos, psicológicos y psicosociales (Ortega, s.f.).

Modelos biológicos del Riesgo Suicida

- *Hipótesis genéticas:* casi la mitad de los pacientes en cuyos núcleos familiares existe historia de suicidio realizan intentos de suicidio (Roy, 1983). También se ha observado que la concordancia entre las tasas de hermanos monocigóticos es mayor a la de hermanos dicigóticos. Es frecuente el intento de suicidio en niños adoptados cuyos 10 padres biológicos se han suicidado a pesar de estar en un ambiente distinto. Se puede observar un factor hereditario genético pudiendo relacionarlo con la herencia de una enfermedad mental que pueda llevar al suicidio (Contreras y Gutiérrez, 2007; citado en Ortega. s.f.).
- *Hipótesis neurobioquímicas:* Van Heeringer et al., 2004, proponen un modelo en el que toman el concepto de “cerebro social” o circuito basolateral, formulado por Deakin en 1996, el cual consta de las cortezas prefrontal y temporal del cerebro, ejecutando diversas funciones por medio de circuitos de retroalimentación, en estrecha conexión con la amígdala subcortical y el hipocampo, respectivamente. Así el primer subsistema del circuito consta de la corteza temporal y el hipocampo, el cual parece estar implicado en el procesamiento de la información sensorial, cuya función está mediada por el sistema serotoninérgico en conjunción con el sistema noradrenérgico. Deakin (1996) plantea que la adaptación o tolerancia al estrés es la principal función de este sistema y cuya alteración puede llevar a la subordinación, a una baja autoestima y las ideas depresivas, siendo de este modo un factor de riesgo para el comportamiento suicida. El segundo subsistema está compuesto por la corteza prefrontal y la amígdala, mediando este la conducta de aproximación-evitación a través de la neuromodulación dopaminérgica y

serotoninérgica, respectivamente. La disfunción de este sistema hace evidente la ansiedad social y la desesperanza, siendo esta última fundamental para el suicidio (Ortega. s,f).

Modelos Psicológicos del Riesgo Suicida

Chopin, Kerkhof y Aresman (2004; citado en Ortega. s.f.) proponen cinco grandes grupos de teorías psicológicas explicativas sobre el suicidio.

- *Teorías psicoanalíticas:* Freud explica el suicidio como un problema que se encuentra en el alma humana. En su obra *Duelo y Melancolía* (Freud, 1917) habla de los impulsos del suicidio como impulsos homicidas, anteriormente orientados a otras personas y orientado como una forma de castigo que el individuo se autoimpone. Holinger y Offer (citados por Henry et al., 1993) consideran que el suicidio es un intento de manejar el rechazo y la privación, resultado de la pérdida de amor y apoyo. Por otra parte, Menninger (1966) propuso que las personas tienen una importante propensión a la autodestrucción y explica tres componentes de la conducta hostil presente en el suicidio que son: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Por último, se encuentra Litman (1967), que añade otros aspectos aparte de la hostilidad a la conducta suicida: la culpa, la ansiedad y la dependencia. Para algunos autores (ej., Henry et al., 1993) los adolescentes son un grupo particularmente en riesgo, ya que la pubertad es un periodo esencial en el desarrollo de los impulsos autodestructivos. Un desarrollo deficiente del ego en la adolescencia puede llevar a conductas autodestructivas que son producto de un deseo inconsciente de muerte que resulta de la ira tornada hacia sí mismo.
- *Suicidio como una forma de comunicación interpersonal:* En las décadas de los 60 y 80 del siglo XX se creía que el intento de suicidio era una forma de comunicación, que se denominó grito de auxilio. Stengel (1962) defendía el intento de suicidio como un acto

consciente o inconsciente de comunicación hacia los demás. Se puede entender como una búsqueda de ayuda pudiendo ser causada por cambios ambientales no esperados, por lo que se producirán repeticiones dependiendo de si el intento previo generó o no los cambios buscados. Kreitman (citado por Chopin et al., 2004) defendía que los intentos de suicidio tenían principalmente funciones comunicativas y manipulativas. Así, las personas que habían intentado suicidarse, tienden a ser personas con problemas de personalidad, dificultades sociales y problemas interpersonales graves y duraderos. Maris (2002) (citado por Chopin et al., 2004) propuso que la meta principal de los intentos de suicidio eran la manipulación, la búsqueda de atención y la expresión del afecto depresivo. También establece que las personas que intentan suicidarse hacen uso de métodos de baja letalidad. Fue uno de los primeros autores que propone que tal disposición al suicidio se origina en los traumas de la infancia. Según este autor, la mayoría de las personas que intentan suicidarse no quieren morir, sino generar cambios en sus vidas, por ello la repetición de un intento de suicidio puede llegar a convertirse en una respuesta condicionada ante el estrés (Ortega, s.f.).

- *Suicidio como reacción al dolor psicológico*: Schneidman (1993) (citado por Villardón, 1993; citado en Ortega, s.f) aborda el tema del suicidio consumado. Defiende que el suicidio es una forma de escapar al dolor psicológico insoportable causado por emociones negativas como: culpa, derrota, humillación, miedo, vergüenza, descrédito, soledad, aflicción, desesperanza, amor frustrado, necesidades insatisfechas, cólera y hostilidad. Habla de cuatro componentes en la conducta suicida: hostilidad, perturbación, constricción y cese. El primer componente hace alusión a la hostilidad hacía sí mismo en los momentos previos al intento. La perturbación hace referencia a la preocupación o

inquietud de la persona. Por su parte, la constricción se refiere a la incapacidad de la persona para percibir todos los aspectos de la realidad, haciéndose solo notables los negativos (efecto túnel). Cuando todos estos factores se encuentran elevados hay más posibilidades del intento de suicidio. En ese momento es cuando la idea de cese, del descanso y de dormir eternamente se despiertan, presentándose como una solución posible (Villardón, 1993). Desde este punto de vista, una condición necesaria para el suicidio es un umbral disminuido frente al dolor psicológico, combinado con que la idea de cese dará fin al dolor (Ortega, s.f.)

- *Teorías Cognitivas:* Aaron T. Beck Beck (1980) postula que la intención de suicidio es un continuo, situándose, en un extremo la intención de morir y en el otro la de vivir. En algunas ocasiones la intención puede que sea ambigua, habiendo confusión entre el deseo de morir y de vivir. Para este autor la conducta suicida grave está relacionada con la depresión y desesperanza, siendo esta última crucial para el suicidio. Beck, Kovaks y Weissman (citados por Chopin et al., 2004; citado en Ortega, s.f.) defienden que las conductas suicidas en personas deprimidas están derivadas de distorsiones cognitivas, como una excesiva visión negativa de sí mismos, el mundo y el futuro (triada cognitiva): tendiendo a magnificar sus problemas y a creer que no tienen habilidades para poder resolverlos, además de que no toleran bien la incertidumbre. Integrando la perspectiva de Beck, Riskind, Long, Williams y White (2000), se puede llegar a la conclusión de que la depresión suele ser el inicio de las conductas suicidas. A su vez, la depresión es el resultado de tres componentes básicos: triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (Ortega, s.f.)

- *Teoría de la Indefensión- Desesperanza:* Abramsom et al. (2000) hacen énfasis en la desesperanza como elemento principal de las conductas suicidas. Este elemento cognitivo hará del suicidio la única salida que tienen a sus problemas o bien para sentir que tienen el último control de sus vidas. Posteriormente, Abramsom et al. (2002) propusieron el modelo de diátesis-estrés, en el cual los eventos negativos contribuyen a la formación y el mantenimiento de evaluaciones distorsionadas y negativas de sí mismo y el futuro, llevando esto a la desesperanza y ello a su vez al suicidio (Ortega, s.f)
- *La postura cognitiva de Neimeyer (1998):* afirma que los constructos personales de los individuos suicidas se caracterizan por anticipación al fracaso, autoconstrucción negativo, pensamiento dicotómico, aislamiento interpersonal, constricción en el contenido y aplicación de constructos y desorganización del sistema de constructos. Posteriormente, Hugles y Neimeyer (1990) proponen un modelo en el que los seres humanos buscan predecir y plantear hipótesis sobre el futuro. Cuando este proceso es alterado pueden producirse las conductas suicidas. La conducta suicida es el resultado de factores cognitivos orientados hacia el futuro, combinados con eventos vitales estresantes (Ortega, s.f.)
- *Teorías que asumen la conducta suicida como un proceso:* Lester (1994) propone que la conducta suicida también puede aprenderse. Las experiencias tempranas y una determinada educación configuran los patrones de pensamiento y las asociaciones de una persona suicida. El castigo y su interpretación juegan un papel fundamental. Finalmente, Michel (1997) habló del suicidio como una teoría de acción. Todas las conductas suicidas están motivadas por metas. La conducta suicida puede reaparecer a lo largo de la vida como una meta en momentos de crisis vital (Ortega, s.f.)

2.8.3. Modelos Psicosociales del Riesgo Suicida

La teoría que más ha contribuido a la comprensión del comportamiento suicida fue la propuesta por Durkheim (1971), quien identificó la sociedad como un factor que influye en el suicidio. Este sociólogo describió cuatro condiciones que amenazan el equilibrio entre la individualidad y comunidad. El suicidio altruista sería la persona que pierde la noción de individualidad -y acaba con su vida asumiendo que su muerte favorecerá el bienestar de su comunidad. El suicidio fatalista es cuando la comunidad anula a los individuos exigiendo su muerte. El suicidio egoísta es aquel que decide la persona, busca beneficios a expensas de la sociedad, lo que hace que el individuo se aleje de ella. Por último, se encuentra el suicidio anómico, que se produce en sociedades donde no hay capacidad para crear y mantener normas y el poder para ejercer control social es insuficiente (Bille-Brahe, 2000; citado en Ortega, s.f.).

La Adolescencia

El término latín *Adolescere*, significa “crecer”, “madurar”. Ésta, se caracteriza por ser un momento vital en el que se suceden un gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona, modificando la estructura corporal, los pensamientos, la identidad y las relaciones con la familia y la sociedad (Moreno, 2015).

La Organización Mundial de la Salud, (2018) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los adolescentes sufren cambios físicos como el desarrollo de los senos y los primeros períodos menstruales para niñas, las voces más profundas y los hombros ampliados para niños, son los marcadores más visibles y llamativos de este escenario. Sin embargo, estos cambios representan solo una fracción de los procesos de desarrollo de los adolescentes. Su cerebro en desarrollo trae nuevas habilidades cognitivas, que mejoran su capacidad de razonar y pensar abstractamente. Se desarrollan emocionalmente, estableciendo un nuevo sentido de quiénes son y en quién quieren convertirse. Su desarrollo social implica relacionarse de nuevas maneras tanto para compañeros y adultos, experimentando nuevos comportamientos a medida que transcurre de la infancia a la edad adulta American Psychological Association (2002). Sin embargo, hay muchos problemas de salud que son prevenibles, ya que se derivan del estilo de vida o de la pobreza. Según la encuesta de la OMS, en los países industrializados, los adolescentes de familias con menos recursos económicos informaron una salud más deficiente y mayor frecuencia de síntomas. Los adolescentes con mayores recursos siguen dietas más sanas y tienen mayor actividad física. (Mullan y Currie, 2000: citado en Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R., 2009).

Fases de la Adolescencia

La adolescencia es un período de la vida que se ha prolongado por el adelanto de la pubertad y el retraso de la madurez psicosocial. Constituye un proceso altamente variable en cuanto a su edad de inicio y término, a la progresión a través de sus etapas y a la sincronía del desarrollo en las distintas áreas, evidenciando también diferencias debidas a otros factores como el sexo, la etnia, el ambiente del individuo, el desarrollo de la autonomía, sus competencias sociales y emocionales (Gaete, 2015).

Es una etapa comprendida entre los 10-19 años, según la Organización Mundial de la Salud (2018), en la que se encuentran tres fases:

- *Adolescencia temprana:* 10 a 13 años. En esta etapa la dimensión cognitiva se inicia el uso de las operaciones lógico-formales en contexto escolar y doméstico incluyendo la autoridad y el cuestionamiento de las normas sociales, se desarrolla el lenguaje oral y las habilidades comunicativas para verbalizar ideas y posturas relacionadas con su vida, incluyendo, la opción para la práctica del deporte, relación con grupos de pares, en esta fase los adolescentes no logran reconocer las consecuencias a largo plazo presentándose un fuerte afecto y relación con sus pares (Cromer, 2011; citado en Niebles y Pérez, 2016).
- *Adolescencia media:* 14 a 16 años. En esta fase en la dimensión cognitiva los adolescentes procesan la información de forma más compleja incluyendo ciertas preocupaciones más filosóficas y orientadas al futuro, suelen hacer cuestionamientos, pero a partir del análisis que le permita desarrollar la identidad y un código de ética particular, pueden reconocer las consecuencias futuras, pero no pueden implementarlas en la toma de decisiones. Además, se da la Separación emocional de los padres. (Cromer, 2011; citado en Niebles y Pérez, 2016).
- *Adolescencia tardía:* 17 a 19 años. En esta fase en la dimensión cognitiva se aprecian procesos de pensamiento complejos que propician la disminución del egocéntrico, y la implementación de la toma de decisiones ya que pueden pensar conceptos más globales relacionados con la justicia, la historia, la política; además se desarrollan posturas idealistas que les permiten discutir sobre diversos temas; también se centran en pensar la carrera que elegirán y su papel en la sociedad que se desenvuelven además de que en esta

fase ya pueden reconocer las consecuencias futuras de las decisiones que tomen y decidir a partir de esto (Cromer, 2011; citado en Niebles y Pérez, 2016).

Desarrollo Psicológico en la adolescencia

El adolescente en el ámbito cognitivo produce una mayor maduración, lo que favorece que se desarrolle y consolide la identidad personal. El pensamiento deja de ser concreto, por lo que comienzan a ser capaces de realizar procesos de inducción y deducción más complejos, pudiendo elaborar teorías propias y tomar decisiones.

Los cambios psicológicos del adolescente no pueden separarse del resto de transformaciones, puesto que forman un conjunto de interacción recíproca donde cada aspecto influye en los demás. Cada uno de estos cambios contribuirá a la consecución de la identidad madura, paso que marcará el final de la adolescencia. Uno de los cambios es el aumento del egocentrismo, entendido como un aumento de la conciencia de “sí mismos”. Se consideran especiales y únicos, lo que motiva que sean más proclives a llevar a cabo conductas de riesgo, como el consumo de drogas o el sexo sin precaución, sin tener en consideración las consecuencias. Pero esta “sensación de invulnerabilidad” puede también ser positiva, ya que les ayudará a acometer nuevos retos y desafíos personales.

La culminación del proceso de separación y sustitución del vínculo de dependencia con la familia de origen, supone otro aspecto fundamental e indispensable para forjar la identidad. En ocasiones no se completa este proceso y entonces o bien no se logra la separatividad necesaria de la familia o bien se sustituye este vínculo por otro igualmente dependiente y fusional.

Los adolescentes elaborarán una escala de valores propia, donde coexisten valores de su familia nuclear junto con otros que integran de su grupo de iguales. Se debe tener en cuenta que

algunas conductas que resultan incómodas y conflictivas para los padres, son en realidad sanas y necesarias para alcanzar la madurez. Tal es el caso del cuestionamiento de las normas, la negociación permanente, la demanda de una mayor autonomía o la distancia e independencia respecto a la familia. Lo que determinará si este comportamiento es patológico o no, será la forma en la que el adolescente muestre su disconformidad (Méndez, 2009)

La Depresión en la Adolescencia

Uno de los mayores problemas en la adolescencia es la depresión, puesto que, para el año 2004, el 9% de los jóvenes de 12 a 17 años habían experimentado cuando menos un episodio de depresión mayor y sólo 40% de ellos habían recibido tratamiento (NSDUH, 2005). La depresión en los jóvenes no necesariamente aparece como tristeza, sino como irritabilidad, aburrimiento o incapacidad para experimentar placer. Una razón por la que necesita tomarse con seriedad es que constituye un peligro de suicidio (Brent y Birmaher, 2002), citado por Papalia, Wendkos y Duskin, (2009).

Por otro lado, la depresión se asocia con una gran morbilidad presente y futura y aumenta el riesgo de suicidio. Los factores de riesgo más fuertes para la depresión en adolescentes son los antecedentes familiares de depresión y la exposición al estrés psicosocial. Los riesgos heredados, los factores de desarrollo, las hormonas sexuales y la adversidad psicosocial interactúan para aumentar el riesgo a través de factores hormonales y las vías nerviosas perturbadas asociadas (Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. & Thapar, A. 2012).

De acuerdo a David Raymond Price Foundation, (s. f) la verdadera clave de superar la depresión, es buscar un cambio en el estado de ánimo y comportamiento. No todos los síntomas depresivos son perceptibles y algunas personas son muy buenas para esconder sus síntomas. También puede ser el caso que un estudiante se las arregla para mantener sus calificaciones en la

escuela, pero está agotado y luchando en casa o se está aislando de amigos. Es importante considerar todas las áreas de funcionamiento por lo que parte del proceso de evaluación es hablar con los adolescentes para identificar los cambios que experimenta en todas las facetas de su vida. Teniendo en cuenta, que existen siete tipos de tratamiento, tales como: medicación con antidepresivos, psicoterapia individual, apoyo y educación, terapia familiar, responsabilidad y participación familiar y el control de conductas negativas (abuso de alcohol y sustancias, desórdenes alimenticios y corte).

El Riesgo Suicida en la Adolescencia

El suicidio es actualmente la tercera causa de muerte entre jóvenes de 15 y 24, y cada año, casi 4,600 jóvenes de 10 a 24 años se suicidan. Aún más preocupante, por cada suicidio completado entre jóvenes de 15 a 24 años, hay entre 100 y 20 intentos de suicidio. De hecho, una encuesta nacional representativa de jóvenes realizada en 2011 encontró que el 15.8% de los estudiantes de secundaria consideraron seriamente el suicidio en el último año, 12.8% había hecho un plan para suicidarse, 7.8% había intentado suicidarse al menos una vez, y 2.4% recibió atención médica por una lesión sufrida durante un intento de suicidio (Smischney, Chrisler y Villarruel, 2014)

Por otro lado, entre 2003 y 2004, las tasas de suicidio aumentaron entre las mujeres de 10 a 14 años (76 %), las mujeres de 15 a 19 años (en un 32 %) y los hombres de entre 15 y 19 años (9 %) (Kennebeck, y Bonin, 2017)

Siguiendo a las mismas autoras, el comportamiento suicida incluye el espectro de pensamientos o ideas que giran en torno al suicidio o la muerte (ideación suicida) a través de la conclusión fatal del suicidio. Entre estos extremos se encuentran las amenazas de suicidio y los intentos de suicidio (acción potencialmente autodestructiva con un resultado no fatal para el cual

hay evidencia de que el individuo tenía la intención de suicidarse). Los niños y adolescentes que se presentan para recibir atención médica con comportamiento suicida requieren una cantidad variable de intervención médica, social y psiquiátrica, dependiendo de la seriedad de su intención, sus factores de riesgo subyacentes y su sistema de apoyo emocional.

Otro punto del riesgo suicida en los adolescentes, tiene que ver con aquellos factores de riesgo, según Kaslow (s.f.) tales como: Una pérdida reciente o grave; la separación o el divorcio de los padres, la ruptura con la pareja; un trastorno psiquiátrico, por consumo de alcohol y otras sustancias, además, la lucha con la orientación sexual; historia familiar de suicidio y falta de apoyo social, entre otras.

Las Instituciones Educativas y su Realidad Social

Las instituciones educativas del país se han convertido en escenarios de encuentro de niños, niñas y adolescentes que viven realidades que los colocan en situación de riesgo y vulnerabilidad extrema. Diversas investigaciones, como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, de Profamilia (1999), y Pautas y Prácticas de Crianza en Familias Colombianas, MEN (2000), evidencian el impacto que estas situaciones causan en el desarrollo de los estudiantes y sugieren su consideración como factores asociados a la calidad de la educación, enunciados a continuación, según el (Ministerio de Educación, 2002)

- *Alimentación y Nutrición.* Los bajos ingresos de las familias más pobres no les permiten cubrir la totalidad de las necesidades nutricionales de niños y niñas. Como una respuesta a esta problemática, el artículo 2 de la Ley 715 de 2001 establece invertir más recursos (aproximadamente \$80.000 millones) en alimentación escolar.

- *Consumo de Sustancias Psicoactivas:* Uno de los factores que inciden en la participación de los niños y en su permanencia o ausentismo de la institución escolar es el consumo de sustancias psicoactivas.
- *Educación Sexual.* El número de adolescentes que ha tenido un parto a los 15 años ha aumentado en 30%, especialmente en la zona rural. De igual manera, los abortos, las enfermedades de transmisión sexual y el Sida en los adolescentes
- *Educación Sexual:* El número de adolescentes que ha tenido un parto a los 15 años ha aumentado en 30%, especialmente en la zona rural. De igual manera, los abortos, las enfermedades de transmisión sexual y el Sida en los adolescentes.
- *Las familias.* El aprendizaje de los niños es efectivo en la medida en que esté en sintonía con la experiencia que viven a diario con sus familias. Es necesario el reconocimiento de las familias como primeras educadoras, con pautas y prácticas de crianza y con un legado cultural que consideran debe ser entregado a sus hijos. Así mismo, unas instituciones educativas que abran sus puertas a considerarlas como educadoras.
- *Las redes sociales de apoyo:* La comunidad debe hacer un reconocimiento a la institución educativa y a los niños y niñas que la habitan, para que se vuelquen en su protección, convirtiéndose en red de apoyo educativo (Ministerio de Educación, 2002).

Metodología

En este capítulo se abordaron las principales decisiones metodológicas que guiaron el desarrollo del proyecto relacionados con las variables Depresión y Riesgo Suicida.

Diseño de Investigación

La presente investigación se encuentra enmarcada en el paradigma Empírico-Analítico, ya que prima la objetividad sobre otros elementos. Esta perspectiva ha prevalecido en las ciencias naturales y, en la actualidad se ha implementado en investigaciones sociales, en la que, se busca la explicación, la determinación de causas y efectos cuantitativamente comprobables y repetibles en contextos diversos con variables de control (Gutiérrez, 2014).

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, dado que se mide numéricamente partiendo de la obtención y análisis de datos para validar teorías tal como lo exponen Bryman y Bell (2016). El alcance de la investigación es correlacional con ello se logró establecer el tipo de asociación existente entre las variables en estudio, en la realización de este procedimiento no se incluyeron variables externas, al final, con el alcance correlacional se obtuvo conclusiones relevantes en relación a si las variables depresión y Riesgo suicida son directamente proporcional o inversamente proporcionales. Además, se alcanzó a señalar los coeficientes de correlación entre las variables en estudio los cuales fueron representados numéricamente para indicar la fuerza y dirección de la relación (Alston, 2017).

El diseño de la investigación es no experimental -Transversal o Transaccional, es no experimental puesto que en el estudio el investigador no manipula deliberadamente las variables tal como lo expone Hernández, Fernández-Collado y Baptista (2014). y es transversal dado que se

recolectan datos en un solo momento y en un tiempo único. (Barros, Mercado y Solano, 2013, p. 94)

Participantes

En el proyecto participaron 55 estudiantes, adolescentes, con edades entre los 10 y 17 años, pertenecientes a la secundaria de una institución educativa del sector privado ubicada en el sur oriente de la ciudad de Barranquilla. La población inicial de la institución en este rango etario era de 100 estudiantes, pero sólo se incluyeron en el estudio aquellos estudiantes cuyos padres brindaron el debido consentimiento informado. La muestra se encuentra distribuida por sexo 34 (68%) hombres y 21 (42%) mujeres.

Instrumento

El instrumento utilizado para medir las dos variables fueron la encuesta sociodemográfica y la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para adolescentes (EMTA-A1) en la sub-escala de Depresión, validada previamente. A continuación, se describen los instrumentos aplicados.

Encuesta Sociodemográfica

Esta encuesta consta de 24 ítems, cuyo tiempo de aplicación oscila entre 10 y 15 minutos. La encuesta tiene como objetivo conocer los datos sociodemográficos (la edad, el sexo, el género, estado civil y el nivel educativo), antecedentes clínicos (familiares y personales) y el riesgo social (sustancias psicoactivas, presencia de pandillas, pobreza, embarazo en adolescentes, violencia). Los ítems desde 3-13 y 17, 18 pertenecen a una medida nominal y los ítems 8-11, 19, 22 y 23 pertenecen a una medida ordinal (ver anexo 1).

Escala Multidimensional de Trastorno Afectivos para adolescentes (EMTA-A1 Niebles y Pérez, 2016)

Escala Auto-aplicada conformada por un total de 99 ítems, cuyo tiempo de aplicación oscila entre 45 y 60 minutos. El instrumento tiene como objetivo medir Trastornos del Estado del Ánimo por medio de la cuantificación funcional de la sintomatología que compete a los mismos, teniendo en cuenta los distintos factores (motivacionales, conductuales, afectivos y cognitivos) que inciden en la morfología de dichos síntomas y que comprometen el asertividad de la intervención clínica en los pacientes.

La escala EMTA-A1 se encuentra dividida en una Sub-escala de Depresión conformada por 56 ítems y una Sub-escala de Manía conformada por 43 ítems, que evalúan la aparición, intensidad (impacto) y cronicidad de síntomas motivacionales, conductuales, afectivos y cognitivos involucrados en la configuración de los Trastornos Afectivos, configurada la respuesta en una escala de medida ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre (Ver Anexo 2).

Dichos reactivos comprenden en Sub-escala de Depresión: Desesperanza, impotencia, autodesprecio, dificultades ejecutivas (atención, toma de decisiones, ejecución de tareas y memoria), pensamientos de muerte o Ideación suicida recurrente con o sin un plan específico tentativa, sentimientos mórbidos de inutilidad o culpa, estado de ánimo triste, irritabilidad crónica no episódica, anhedonia: incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades, peso corporal discordante con lo normativo sin explicación medica aparente, alteración persistente en el patrón de sueño: hipersomnia, fatiga:

perdida persistente de energía, conducta suicida y auto lesiva, aislamiento, agresividad contra objetos, si mismo o los demás y enlentecimiento psicomotor. (Ver Anexo 3)

Operacionalización de variables

A continuación, se describen las variables del análisis del presente estudio atendiendo las directrices metodológicas de Boudon y Lazarsfeld (1985) en la que se establece, la variable, dimensiones, indicadores y los ítems por indicador, tal como se presenta en la tabla 1

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Indicadores	Índices		
		Reactivos	Sistema	
Trastornos Afectivos	Depresión	Sistema Afectivo (Kovacs, 1989, APA, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> •Sentimientos mórbidos de inutilidad o culpa •Estado de ánimo triste •Irritabilidad crónica no episódica 	P29-P44 <ul style="list-style-type: none"> •A nivel global: es una escala intervalar con 5 niveles: bajo [<85-101], medio [102-121], alto [122->]. •A nivel individual: cada ítem mide en una escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1)

			nunca (2) a veces (3) casi siempre (4) siempre
Sistema Cognitivo (Kovacs, 1989, APA, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> •Dificultad para concentrarse •Dificultades en los procesos atencionales y/o mnémicos •Lentitud en la adquisición de nuevos conocimientos •Cogniciones negativas relativas a la desesperanza, la impotencia y el autodesprecio •Pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente con o sin un plan específico tentativo 	P1-P28	<ul style="list-style-type: none"> •A nivel global: es una escala intervalar con 5 niveles: bajo [<85-101], medio [102-121], alto [122->]. •A nivel individual: cada ítem mide en una escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) nunca (2) a veces (3) casi siempre (4) siempre
Sistema Motivacional (Kovacs, 1989, APA, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> •Anhedonia: incapacidad para experimentar 	P45-P52	<ul style="list-style-type: none"> •A nivel global: es una escala intervalar con 5 niveles: bajo

	<p>placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> •Dificultades para responder efectivamente a las relaciones sociales •Peso corporal discordante con lo normativo sin explicación medica aparente •Alteración persistente en el patrón de sueño: hipersomnia •Fatiga: pérdida persistente de energía 		<p>[<85-101], medio [102-121], alto [122->].</p> <ul style="list-style-type: none"> •A nivel individual: cada ítem mide en una escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) nunca (2) a veces (3) casi siempre (4) siempre
<p>Sistema Conductual (Kovacs, 1989, APA, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Conducta suicida •Aislamiento •Agresividad contra objetos, si mismo o los demás 	<p>P53-P65</p>	<ul style="list-style-type: none"> •A nivel global: es una escala intervalar con 5 niveles: bajo [<85-101], medio [102-121], alto [122->].

	•Exceso de cólera que no concuerdan con la edad del desarrollo evolutivo		•A nivel individual: cada ítem mide en una escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) nunca (2) a veces (3) casi siempre (4) siempre
Riesgo Suicida	•Ideación Suicida (pasiva-activa)	•Pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente con o sin un plan específico tentativo	P1-P4
			•A nivel global: es una escala intervalar con 5 niveles: bajo [<18-19], medio [20-24], alto [25->].
			•A nivel individual: cada ítem mide en una escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) nunca (2) a veces (3) casi siempre (4) siempre
	•Pensamiento de desesperanza	•Cogniciones negativas a autodesprecio	P5-P9
			•A nivel global: es una escala intervalar con 5

	<ul style="list-style-type: none"> •Desesperanza a la vida •Desesperanza hacia el futuro 		<p>niveles: bajo [$<18-19$], medio [$20-24$], alto [$25->$].</p> <ul style="list-style-type: none"> •A nivel individual: cada ítem mide en una escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) nunca (2) a veces (3) casi siempre (4) siempre
•Resolución de problemas	•Resolución inadaptada e impulsiva de problemas	P10-P12	<ul style="list-style-type: none"> •A nivel global: es una escala intervalar con 5 niveles: bajo [$<18-19$], medio [$20-24$], alto [$25->$]. •A nivel individual: cada ítem mide en una escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) nunca (2) a veces (3) casi siempre (4) siempre

•Planificación	•Cogniciones suicidas. Planificación suicida	P13	<p>•A nivel global: es una escala intervalar con 5 niveles: bajo [<18-19], medio [20-24], alto [25- >].</p> <p>•A nivel individual: cada ítem mide en una escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) nunca (2) a veces (3) casi siempre (4) siempre</p>
•Intento	•Conducta suicida: intentos de suicidio	P14-P16	<p>•A nivel global: es una escala intervalar con 5 niveles: bajo [<18-19], medio [20-24], alto [25- >].</p> <p>•A nivel individual: cada ítem mide en una escala ordinal jerárquica con 4 opciones de</p>

			respuesta: (1) nunca (2) a veces (3) casi siempre (4) siempre
•Autodestrucción	•Conducta suicida y autolesiva	P17	•A nivel global: es una escala intervalar con 5 niveles: bajo [<18-19], medio [20-24], alto [25- >]. •A nivel individual: cada ítem mide en una escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) nunca (2) a veces (3) casi siempre (4) siempre

Nota. Indicadores e Índices de las variables Depresión y Riesgo Suicida, por
 Elaboración propia, 2021.

Validez y Confiabilidad del instrumento

En relación al instrumento sociodemográfico la fiabilidad de los datos y escala de medida se logró mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach utilizando la herramienta SPSS. Obteniéndose un resultado de ,769 para 30 preguntas relacionadas con datos sociodemográficos (la edad, el sexo, el género, estado civil y el nivel educativo), antecedentes clínicos (familiares y

personales) y el riesgo social (sustancias psicoactivas, presencia de pandillas, pobreza, embarazo en adolescentes, violencia), lo que indica alta consistencia en el comportamiento de los datos de acuerdo a los criterios de Palella, y Martins, (2010). (Ver anexo 4).

La *Escala EMTA-A1* cuenta con altos niveles de validez y confiabilidad, así como una validez concurrente significativa que pone a la escala en un instrumento potencia de medición sensible tanto al constructo de trastornos afectivos como de las características del ciclo vital. (Ver Anexo 5)

Procedimiento

La ejecución de esta investigación se planteó en las siete fases descritas a continuación:

- *Fase 1. Contacto con la institución educativa:* Se acude al permiso de manera formal, mediante carta de intención del grupo de investigación, a la rectoría.
- *Fase 2. Contacto con los docentes:* Luego de obtener el aval de rectoría, se procede a reunión de la investigadora con los directores de grupo de los grados donde están los adolescentes de las edades 10-17 años y los coordinadores.
- *Fase 3. Contacto con los padres de familia:* Se convocó a reunión a los padres de familia, para dar a conocer el objetivo de la investigación con sus hijos. Se explicó detalladamente todo el proceso (consentimiento informado), además se realizó escuela para padres para sensibilizar y plasmar la importancia de este estudio con sus hijos.
- *Fase 4. Contacto con los estudiantes:* Después de obtener la firma del consentimiento informado, se procedió al encuadre con los estudiantes, así mismo, se explicó detalladamente en qué consiste la investigación y su aplicabilidad.
- *Fase 5. Recolección de los datos:* Luego de tener identificados a los estudiantes, se procedió a llamarlos por grupos de seis estudiantes en el consultorio de psicología de la

institución, ya que, es un espacio cómodo y sin ruidos. Posteriormente, se explicó cómo debían contestar a los instrumentos y el tiempo para realizarlo. Finalmente, se logró aplicar a toda la muestra establecida.

- *Fase 6. Análisis de la información:* Para el tratamiento de los datos, en primera instancia, se codificaron mediante Excel, manteniendo la confidencialidad de los datos y reflejando el cumplimiento de la normativa ética al respecto. Seguido a ello, se utilizó el software estadístico SPSS edición 22. Para el proceso de correlación y análisis de las variables, se utilizó el coeficiente de Pearson y la estadística Chi cuadrado. Los resultados arrojados se describen mediante tablas de frecuencias y gráficos para mayor visualización y facilidad en el manejo, análisis e interpretación de la información. Para interpretar el coeficiente de correlación de Pearson se utilizó la escala de Bisquerra (2007) (*Anexo 6*) y en la misma dirección se valoró el coeficiente de determinación para identificar a proporción de la varianza total de la variable explicada por la regresión y reflejar la bondad de un modelo a la variable que se pretende explicar que en el caso del estudio es el riesgo suicida. De la misma forma los resultados obtenidos se contrastan con las teorías desarrolladas en el marco teórico.
- *Fase 7. Informe de los resultados de los instrumentos aplicados:* se socializó la entrega a los directivos de la institución y a los padres de familia, donde se sugiere, en casos relevantes, asistir a orientación psicológica para el mejoramiento de la calidad de vida del estudiante.

Hipótesis de investigación

La hipótesis que rige esta investigación es de tipo Correlacional, puesto que, se refiere a las relaciones y asociaciones que existen entre dos o más variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

H1: Existe relación entre la depresión y el riesgo suicida en los adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa en la ciudad de Barranquilla.

Ho: No existe relación entre la depresión y el riesgo suicida en los adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa en la ciudad de Barranquilla.

Resultados

El propósito principal de este capítulo fue describir los resultados obtenidos mediante el trabajo de campo tomando en cuenta cada uno de los objetivos establecidos para el desarrollo del estudio. Mediante el instrumento se indagó algunos datos generales de los estudiantes encuestados (caracterización socio demográfica) los cuales se presentarán inicialmente

Caracterización sociodemográfica

Este estudio se realizó con una muestra de 55 sujetos pertenecientes a los grados: 4° (4%), 5° (24%), 6° (29%), 7° (16%), 8° (16%), 9° (6%), 11° (5%), cuyas edades oscilaron en un rango entre los 10 a 17 años, correspondientes a la adolescencia.

La muestra tuvo representación de ambos sexos y de las sub-etapas de la adolescencia definidas por la Organización Mundial de la Salud (1999), distribuidos de manera heterogénea. Se evidencia una concentración de un 83,6% en las edades entre los 10 y 13 años en la

adolescencia temprana, así como del género masculino con 61,8% y en la orientación heterosexual, como se evidencia en la tabla 2

Tabla 2

Distribución de la muestra de acuerdo a las características sociodemográficas encontradas

Distribución de la muestra de acuerdo a las características sociodemográficas encontradas						
	Hombres		Mujeres		Total (55)	
Edades	N (34)	%	N (21)	%		%
10	7	20.58	5	23.80	12	21.81
11	7	20.58	5	23.80	12	21.81
12	6	17.64	3	14.28	9	16.36
13	6	17.64	6	28.57	12	21.81
14	4	11.76	2	9.52	6	10.90
15	2	5.88	-		2	3.63
17	2	5.88	-		2	3.63
Orientación sexual						
Heterosexual	32	94.11	21	100	53	96.36
Homosexual	1	2.94	-	-	1	1.81
Asexual	1	2.94	-	-	1	1.81
Nivel educativo						
Primaria	8	23.52	5	23.80	13	23.63
Secundaria	23	67.64	16	76.19	39	70.90
Estrato socioeconómico						

Estrato 1	2	5.88	2	9.52	4	7.27
Estrato 2	24	70.58	14	66.66	38	69.09
Estrato 3	7	20.58	5	23.80	12	21.81
Estrato 4	1	2.94	-	-	1	1.81
Antecedentes mentales familiares						
No tiene antecedentes	28	82.35	15	71.42	43	78.18
Depresión	5	14.70	3	14.28	8	14.54
Síndrome de down	1	2.94		-	1	1.81
Ansiedad	-	-	1	4.76	1	1.81
Bipolaridad	-	-	1	4.76	1	1.81
Suicidio	1	2.94	-	-	1	1.81
Relación con sus padres						
Muy buena	17	50	9	42.85	26	47.27
Buena	11	32.35	8	38.09	19	34.54
Regular	3	8.82	3	14.28	6	10.90
Mala	2	5.88	1	4.76	3	5.45
Muy mala	1	2.94	-	-	1	1.81

Nota. Características Sociodemográficas de la población de estudio, por Elaboración propia, tomado de resultados del SPSS, 2021.

Análisis de indicadores de Depresión y Riesgo Suicida

A continuación, se presentan la estadística descriptiva correspondiente a cada una de las variables en estudio, en este caso la variable depresión y riesgo suicida esta estadística se realiza a través de las variables agrupadas las cuales facilitan su tabulación y análisis.

Estadísticos descriptivos de las variables Depresión y Riesgo Suicida agrupadas

En la tabla de estadísticos descriptivo por variable se puede observar las medidas de tendencia central media, mediana y desviación típica de las variables, en el caso depresión, se pudo observar que, en promedio, las respuestas de los participantes, se ubican en la escala de valoración 1 equivalente a que nunca presentan dichos comportamientos, a su vez la mediana muestra que la mitad de los valores es mayor o igual a 1 lo que indica que la mitad de los encuestados respondió a los valores más bajos de la escala dispuesta para el estudio en este caso nunca y a veces, desviados en promedio de ese dato ,766 unidades de la escala según la desviación estándar lo que demuestra una distribución normal. De manera similar ocurrió con el riesgo suicida con algunas diferencias en la desviación ,512 y en la varianza ,263 observándose una menor dispersión de datos.

Tabla 3*Distribución de frecuencia variable Depresión agrupada*

Depresión (agrupado)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	36	65,5	65,5	65,5
A veces	14	25,5	25,5	90,9
Casi siempre	3	5,5	5,5	96,4
Siempre	2	3,6	3,6	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Nota. Descripción Cuantitativa de la Frecuencia en la variable Depresión, Elaboración propia tomado de *resultados SPSS, 2021*.

Tabla 4*Distribución de frecuencias variable Riesgo Suicida*

Riesgo Suicida (agrupado)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	47	85,5	85,5	85,5
A veces	7	12,7	12,7	98,2
Siempre	1	1,8	1,8	100,0
Total	55	100,0	100,0	

Nota. Descripción Cuantitativa de la Frecuencia en la variable Riesgo Suicida, Elaboración propia tomado de resultados SPSS, 2021.

Relación Indicadores de Depresión

En respuesta al objetivo número uno que hace referencia a los indicadores de depresión (Sistema afectivo, cognitivo, motivacional, conductual y cronicidad e impacto) que manifiestan los adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa se obtiene los siguientes resultados. Para el desarrollo de este objetivo se utilizó el coeficiente de análisis correlacional de Pearson, la escogencia se fundamentó en que las variables son continuas. A continuación, se presentan los resultados arrojados.

En la correlación de los indicadores de la variable depresión manifestados por los adolescentes de una institución educativa se evidencia una dinámica entre las variables de dependencia positiva y directamente proporcional, reflejándose con esto, que si el valor de una variable aumenta el de la otra paralelamente aumenta, al igual si la una disminuye la otra también disminuye. Las diferencias se observan en el valor de la relación entre los indicadores, cuatro de ellas obtuvieron correlaciones con puntajes altos, estas fueron la del sistema afectivo y el conductual con un puntaje de (.801) seguido la relación sistema cognitivo y afectivo (.778), el sistema conductual y cognitivo con un puntaje de (.748) y finalmente el sistema afectivo y motivacional (.609). El único indicador que presentó correlación moderada según los resultados arrojados por el coeficiente Pearson fue el sistema motivacional y conductual. (.574). Es importante resaltar como el sistema afectivo es uno de los indicadores que mejor se relaciona con el pensamiento, la conducta y motivación de los adolescentes.

Relación Indicadores de Riesgo Suicida

En este mismo sentido, para responder al objetivo número dos, quien tuvo como propósito identificar los indicadores de riesgo suicida (Ideación suicida pasiva y activa, pensamientos de desesperanza, resolución de problemas, planificación, intento y autodestrucción) que manifiestan los adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa. De igual forma para el desarrollo de este objetivo se utilizó el análisis correlacional de Pearson, su escogencia se fundamentó en que las variables utilizadas son continuas. Las correlaciones de los indicadores de la variable Riesgo Suicida presentan una dirección positiva entre las mismas, lo que muestra que al incrementarse el valor de una de ellas se incrementa en la misma dirección la otra y viceversa. La diferencia se presenta en la fuerza de la relación, en donde se observan algunas correlaciones muy altas, unas se encuentran en el rango moderado y otras presentan correlación baja.

Entre las correlaciones que obtuvieron puntajes altos están la ideación suicida con la planificación ($,805$), la planificación con el intento ($,809$); y por último la ideación suicida con el intento con ($,644$). Tal como se observa el comportamiento del indicador ideación suicida está altamente relacionado con la planificación y el intento. Las correlaciones con puntaje moderado están los indicadores de pensamiento de desesperanza con la resolución de problemas con un puntaje ($,540$); ideación suicida y la auto destrucción ($,472$); resolución de problemas con intento ($,401$) e ideación suicida con resolución de problemas ($,400$) Entre las correlaciones bajas se encuentran el indicador ideación suicida con el pensamiento de desesperanza ($,357$) y la resolución de problemas con la autodestrucción ($,354$) seguido en orden ponderado están el indicador pensamiento de desesperanza con intento ($,301$) y el de resolución de problemas con planificación ($,312$); finalmente entre el grupo de correlaciones baja están la desesperanza con los de auto destrucción ($,207$).

Relación Indicadores de Depresión y Riesgo Suicida

En respuesta al objetivo número tres en el que se relacionan los indicadores significativos de depresión y riesgo suicida en los adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una institución educativa mediante el coeficiente de correlación de Pearson se pudo observar que la correlación entre las variables independiente y dependiente tratadas en este estudio obtuvieron un puntaje de correlación de (.579) valor que representa una relación positiva moderada entre las variables. A su vez, el valor de la correlación de Pearson muestra una dinámica entre las variables de dependencia positiva y directamente proporcional, reflejándose que si el valor de una variable aumenta el de la otra paralelamente aumenta, al igual si la una disminuye la otra también disminuye.

De la misma forma se detalla el resumen de la prueba de hipótesis que muestra que cada una de las variables rechaza la hipótesis nula, la cual considera que no existe relación entre las variables de estudio. Dicha prueba se realiza a las variables Depresión y Riesgo Suicida con una significación de (.000)

El valor de la correlación entre las variables en estudio fue de .579 dicho puntaje tiene un coeficiente de determinación de (R^2) de (.335) este coeficiente permite detectar la proporción de la varianza compartida entre ambas variables lo que indica que la variable Riesgo Suicida es explicada en un 34% por la variable Depresión. Quedando un valor de 66% por explicar. Lo anterior revela que el riesgo suicida puede ser explicada con mayor determinación mediante la inclusión de nuevas variables

Discusión de los Resultados

El estudio deja en evidencia que existe una relación significativa entre las dos variables Depresión y Riesgo suicida, dicho resultado concuerda con los estudios desarrollados por Aline, Beck, Kayaes y Weissman (1975) quienes demuestran a través de un experimento con 348 personas como la desesperanza producto de episodios depresivos presentan una alta relación con el comportamiento suicida. En este mismo sentido Montes (2014) muestra como la depresión se asocia con la difusión familiar, escolar y la conducta suicida, postura compartida con Gómez et al. (2013); más recientemente el Ministerio de Salud (2017) en Colombia afirma que el peor desenlace de la depresión es el suicidio, siendo este un comportamiento presentado en mayor proporción en edades de 15 a 29 años. A pesar de la relación entre dichas variables, también se hace notorio por parte de la teoría que existen diversos factores los cuales inciden en el riesgo suicida, tal es la clasificación de factores presentadas por González, Ramos, Nolasco y otros (2014) mostrando con ello que el suicidio no es causado 100% solamente por la depresión, sino que existen factores sociodemográficos, genéticos y clínicos que propician tales conductas, lo expuesto por estos autores ratifica la valoración moderada obtenida en la presente investigación. Muy específicamente Nock, Havar et. al. (2010) hacen énfasis en como los trastornos mentales en un 80% de los casos se convierten en previsores del suicidio, afirmación que incluye a la depresión como uno de referentes del riesgo suicida. Lo anterior deja en evidencia que la depresión como tal no explica en su totalidad el riesgo suicida, pero la depresión unida a otro trastorno mental agrava las conductas suicidas tal como lo exponen (Baca y Aroca, 2014).

Con respecto a las relaciones altas encontradas entre los componentes afectivo, lo cognitivo y conductual pertenecientes a la variable depresión; Sánchez y Sánchez (2009) dejan en evidencia que las entidades afectivas pueden originar de manera contundente experiencias subjetivas como sentimientos de activación agradables o desagradables y estas a su vez pueden

producir un cambio en los procesos cognoscitivos y por ende en la manera en que se comportan los individuos. No obstante, Rodríguez, Juárez y Ponce (2012) opinan que los cambios fisiológicos y sensaciones habrán de considerarse para la comprensión de los afectos. Quedando claro, que, así como algunas emociones pueden ser episódicas con un sentimiento y reacción fisiológica inmediata, otras aparecen totalmente ligadas a los sistemas de creencias y valores de los grupos, dejando a un segundo plano la expresión física y fisiológica. De la misma forma ocurre cuando la emoción sea una vivencia y no un estado de conciencia, no significa que no tenga relaciones con el pensamiento, pues las emociones pueden dar color a los pensamientos clasificándolos en buenos y malos.

En general desde la perspectiva de Beck (2012) El modelo cognitivo estima que los signos y síntomas del síndrome depresivo surgen a raíz de patrones cognitivos negativos; el autor a su vez enfatiza que el pensamiento generado puede tener el mismo efecto de cuando ocurre una situación real. La teoría deja en evidencia los resultados obtenidos la incidencia del sistema cognitivo en la conducta y viceversa donde en el estudio en mención obtuvo puntajes altos de ,801 en lo conductual y ,778 en lo cognitivo.

A partir de la Investigación realizada por Valadez, Chávez, Vargas y Ochoa (2020) los autores consideraron la ideación suicida como un espectro de elementos cognoscitivos y afectivos incluyentes como son: el pensamiento, el deseo y las emociones o sentimientos determinan el acto suicida; por ende la correlación entre las variables es significativa, en consecuencia de lo anterior para la comprensión de la complejidad de la ideación suicida debe considerarse el conjunto de estructuras cognoscitivas afectivas y comportamentales particulares y componentes de dichas ideas las cuales surgen de la percepción e interpretación que los adolescentes hacen de su realidad la cual pueden percibir como amenazante. Este estudio por su

parte, revela como la ideación suicida es determinada por el sistema cognitivo- afectivo y comportamental los cuales facilitan la planificación de la idea suicida, pero también es claro que esta se forma desde la percepción que el sujeto tenga de la realidad que lo rodea, condición que facilita la aparición de la intención suicida.

No obstante, Gómez (2012) considera que es relevante clarificar si junto a la ideación existe intención suicida. Estas dos son vista como disociadas dado que en la mayoría de los casos los propósitos iniciales no alcanzan su objetivo final. La planificación puede ser un indicador más de la intención suicida. Ahora, este autor también explica que hay que medir el grado de intención suicida y el tipo de intención lo que al final puede llevar a diferentes resultados, por esta razón consideraron que la relación entre estos componentes puede ser moderada y en algunos casos apuntar a diferentes propósitos o resultados. Lo expuesto por el autor de alguna manera explica la relación alta que arrojó los resultados positivos de la asociación entre los componentes ideación y planificación suicida propuestos en la investigación. Aunque esta relación pueda ser afectada en intensidad por el involucramiento de otros componentes.

Desde la perspectiva de Boeninger, Masyn, Feldman y Conger,(2010) la ideación suicida por sí sola no conlleva a la planificación, sino que esta depende de otras variables relacionadas con trastornos mentales previos tales como la ansiedad y la impulsividad.

En fin, al contrastar los resultados con la teoría desarrollada en la investigación se evidencia una relación contundente entre las variables Depresión y Riesgo suicida muy a pesar de las diferencias observadas en los factores y el nivel de intensidad que promueven esta conducta. De ahí el resultado arrojado por el R al cuadrado quien muestra que la variable el

riesgo suicida es explicado en un 34% por la variable depresión, quedando un 66% explicado por otros factores, que según Nock, Hwanf et al. (2010) están relacionados con los trastornos mentales en los cuales está incluido la depresión a esto se le suman la ansiedad, estados anímicos y el uso de sustancias adictivas nocivas para la salud, en este mismo sentido se encuentran otros factores externos relacionados con la pérdida de seres queridos, la separación de los padres, rupturas con la pareja, la lucha con la orientación sexual, así como los antecedentes familiares de suicidio tal como lo explica Kaslow (s.f.) y (Echeburua, 2015).

Gil (2020) por su parte, hace mayor énfasis en que la depresión es uno de los trastornos mentales que mayor incidencia presenta en el riesgo suicida, el autor explica su postura dejando entre ver que esta dinámica se produce cuando la persona presenta una depresión grave, por lo que hace énfasis en que la depresión debe ser intervenida a tiempo ya sea mediante terapia o medicamentos. Lo anterior no desmerita lo expuesto anteriormente, ya sea que la depresión tenga una relación moderada, es conveniente que la misma se trate de manera multidisciplinar, teniendo claro que, mediante ella, si no se trata a tiempo y se permite el aumento progresivo de sus síntomas, lo más probable es que el desenlace de la persona que la sufre desencadene en una conducta suicida.

Conclusiones

La conexión moderada entre la depresión y el riesgo suicida deja en evidencia los estudios desarrollados por la Organización Mundial de la Salud quien afirma que la depresión además de ser un trastorno frecuente en la sociedad moderna es también uno de los factores que inciden en el riesgo suicida, claro está, que este organismo hace énfasis que la relación entre ambas depende del grado de depresión en que se encuentre el individuo.

Los resultados a su vez ponen de manifiesto una importante influencia de otros factores que causan el riesgo suicida, a pesar de que en mayor peso se encuentran los trastornos mentales, no se puede dejar de lado aspectos como el sexo, la edad, las condiciones económicas y relaciones con el entorno que rodea al individuo y de una manera u otra activan las enfermedades que trastornan el comportamiento humano hasta llevarlos a decisiones drásticas de suicidio.

Con esto se hace evidente, lo arrojado por los resultados del R2 donde se demuestra estadísticamente que la depresión no explica en su totalidad al riesgo suicida, propiciándose con esto, que las intervenciones se hagan más complejas y requieran de un tratamiento interdisciplinar y oportuno, lo anterior hace que se extienda la responsabilidad de su detención a todos los actores involucrados.

Ahora bien, no se puede desmeritar los trastornos depresivos leves, dado que estos tienden a evolucionar dependiendo del individuo, por tal razón el tratamiento e intervención inicial debe ser oportuno y de manera particular debido a que las conductas que presentan algunas pueden ser comunes y otras son propias del individuo que sufre dicho trastorno. Es así

como se hace imperativo diseñar programas preventivos y educativos en la que se les dé la posibilidad a los demás actores en el apoyo y cuidado de este grupo de pacientes.

Además, el estudio desarrollado, estadísticamente muestra como los indicadores de depresión en un nivel alto se relacionan mayormente con el intento y la autodestrucción, componentes que de alguna forma son decisivos y acrecientan la posibilidad del riesgo suicida. El sistema afectivo y conductual de acuerdo a los resultados se relacionan con los indicadores que mayor aportan al suicidio, dejando claro que los estados emocionales (sentimientos) se representan con mayor facilidad en los pacientes con depresión, claro está, que estos dos indicadores debilitan al sistema cognitivo. Por esta razón es importante identificar la intencionalidad que el adolescente tiene, explorando dicha intencionalidad se puede tomar decisiones acertadas que permitan disminuir los síntomas que presentan.

De igual forma, los resultados reafirman las teorías revisadas, persistiendo con ello, el reto para los profesionales de la salud y la responsabilidad de atender de manera adecuada y oportuna los síntomas del paciente, dado que la intervención requiere de apoyo interdisciplinar, donde se debe trabajar mancomunadamente para la recuperación del sujeto.

Con respecto a los resultados se sugiere que se generen nuevos estudios con mayor profundidad y alcance relacionados con la temática, en este sentido se debe investigar con un enfoque social esta problemática que aqueja a la sociedad y con ello repensar el fenómeno de manera que se reafirmen las intervenciones interdisciplinarias, como el trabajo social, psicología, psiquiatría, medicina familiar y la enfermería, así como la sensibilización de la población en general, a las de riesgo, a sus familiares y cuidadores, con información clara de qué se debe hacer y qué no ante la detección de personas con pensamientos suicidas, romper mitos y

creencias. A la formación y actualización de los profesionales en conocimientos, recursos y rutas de acción ante la depresión y el riesgo suicida, brindar apoyo psicosocial a través de líneas de contacto oportuno y creando espacios de autoayuda, ya que el profesional tiene un estrecho contacto con la comunidad y son aceptados como guías sobre la salud en la población; a la creación de programas de entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, resiliencia, manejo del estrés y hábitos saludables. Así como aquellos profesionales no sanitarios como los bomberos, docentes, empleados de sectores eléctricos y a gas, puedan formarse ante la detección de factores de riesgos, al momento que una persona pueda necesitar ayuda y reconocer los protocolos, rutas asistenciales como guía para la toma de decisiones y el entrenamiento en primeros auxilios psicológicos.

Con respecto a las políticas en salud pública, se hace necesario poner mayor énfasis en la atención primaria, la promoción de la salud mental, el bienestar y en la prevención de patologías asociadas a la depresión y el riesgo suicida. A romper el estigma de la sociedad en ocultar el problema, la falta de formación de los profesionales, el poder normalizar el abordaje interdisciplinar de dichas patologías, el impacto tanto positivo como negativo de los medios de comunicación, la restricción de medios letales como las armas, los pesticidas, gases, fármacos y garantizar la detección, el seguimiento, tratamiento y rehabilitación de las personas con sintomatología depresiva y con alto riesgo suicida.

Finalmente, durante la realización de este trabajo de grado, la mayor limitante estuvo en la recolección de información, debido a la problemática de salud pública a nivel mundial por la pandemia del Coronavirus (covid-19) y las restricciones de la presencialidad de los estudiantes al plantel educativo, de esta forma, sólo se pudo recolectar información de 55 participantes antes de las condiciones y restricciones impuestas por el gobierno nacional.

Referencias

- Aguirre-Flórez, D., Castaño-Castrillón, J., Cañón, S., Marín-Sánchez, D., Rodríguez-Pabón, J., Rosero-Pantoja, L., Valenzuela-Díaz, L. y Vélez-Restrepo, J. (2014). Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). *Rev. Fac. Med*, 63(3), 419-29.
- Alcaldía de Barranquilla. (2020). *Inspecciones y Comisarías en Suroriente* [Fotografía].
<https://www.barranquilla.gov.co/secgobierno/inspecciones-de-policia-por-localidad/inspecciones-y-comisarias-de-familia-suroriente>
- Alcántar, M. (2002). *Prevalencia del Intento Suicida en estudiantes Adolescentes y su Relación con el Consumo de Drogas, la Autoestima, la Ideación Suicida y el Ambiente Familiar* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Archivo digital.
http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_isabel_alcantar.pdf
- Alston, C. (2017). *Correlational Studies in Psychology: Examples, Advantages & Types*.
<https://study.com/academy/lesson/correlational-studies-in-psychology-examples-advantages-types.html>
- American College of Cardiology (s.f.). *Depresión: Cómo manejar la depresión en el trabajo*.
<https://www.cardiosmart.org/~media/Documents/Fact%20Sheets/es-US/ad1072.pdf>
- American Psychological Association. (2002). *A Reference for Professionals Developing Adolescents*. <http://www.apa.org/pi/families/resources/develop.pdf>

American Psychological Association. (s.f). *Psicoterapia y Depresión*.
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/depresion.aspx>

Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM V*. Médica Panamericana.

Baca, E. y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5).

Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer

Bahamón, M. y Alarcón-Vásquez, Y. (2018). Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos. *Universitas Psychologica*, 17(4).

Barón, O. (2000). Adolescencia y Suicidio. *Psicología desde el Caribe* (6), 48-69.

<https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/765/9446>

Barros, O., Mercado, S. y Solano, D. (2013). *Prevalencia de Sintomatología de Depresión Infantil en niños y niñas de 4° a 6° grado pertenecientes a dos colegios oficiales de la ciudad de Barranquilla* [Tesis de Pregrado, Universidad de la Costa]. Repositorio Institucional REDICUC. <http://hdl.handle.net/11323/480>

Beck, A., Kovacs, M. y Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 234(11), 1146–1149.

<https://doi.org/10.1001/jama.234.11.1146>

Bella, M., Fernández, R. y Willington, J. (2010). Identificación de Factores de Riesgo en Intentos de Suicidio en Niños y Adolescentes. *Argent Salud Pública*, 1(3), 24-29.

<https://es.scribd.com/document/325406341/suicidio-adolescentes>

Boeree, G. (s.f.). Trastornos del Estado de Ánimo. *Psicología-online*.

<http://www.psicologia-online.com/ebooks/general/trastornos-del-estado-de-anim.html>

Boeninger, D., Masyn, K., Feldman, B. y Conger, R. (2010). Sex Differences in Developmental Trends of Suicide Ideation, Plans, and Attempts among European American Adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(5), 451-464.

<https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.5.451>

Bravo, H., López, J., De la Roca, J. y Rodríguez, E. (2017). Relaciones intrafamiliares y riesgo suicida en adolescentes. *Revista de Psicología*, 13(31), 45-55.

Bryman, A., y Bell, E. (2016). Quantitative data analysis methods. En *Research methodology: Business and management contexts*. Oxford University Press Southern África.

Cañón, S. y Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 20 (80)

Carballo, J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., Hoekstra, P. ... y Arango, C. (2018). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 29, 759–776.

<https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>

Cárdenas, M., Feria, M., Vásquez, J., Palacios, L., y De la Peña, F. (2010). En *Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Casa Editorial El Tiempo. (2015). Males mentales se ensañan con adolescentes y mujeres. *El Tiempo*. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16380783>

Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M. y Baron-Cohen, S. (2016). Ideación suicida e intentos o planes de suicidio en adultos con Síndrome de Asperger, asistiendo a una clínica especializada en el diagnóstico: estudio de una cohorte clínica. *Revista de Toxicomanías* 77.

Centro de Psicología Aaron Beck. (s.f.). *Tratamiento psicológico de la depresión*. <http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/depresion.html>

Cerda, H. (2da Eds.). (1993). *Los elementos de la Investigación. Cómo Reconocerlos, Diseñarlos y Construirlos*. <https://es.scribd.com/doc/194911175/Hugo-Cerda-Los-Elementos-de-la-Investigacion>

Charles, J. y Fazeli, M. (2017). Depression in children. *Australian Family Physician*, 46 (12), 901-907.

Chávez-Hernández, A. y Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la Suicidología moderna. *Salud Mental* 33(4), 355-360.

Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondur*, 89 (1), 1-68.

Cossio, C. (s.f). Trastornos Afectivos en el Adolescente: mucho más que la aparición temprana de una enfermedad. *CCAP* 12 (1), 27-37.

- Cruzado, A., Labrador, F., y Muñoz, M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Psicología Pirámide.
- Da Silva, E., Cardoso, L., Bastos, C., De Souza, S. y Reisdorfer, E. (2015). Asociación entre depresión y estrés laboral en profesionales de enfermería de nivel medio. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 23(4), 733-40. DOI: 10.1590/0104-1169.0069.2610
- Das Neves Peixoto, F. S., de Sousa, D. F., Rodrigues Pereira Luz, D. C., BarretoVieira, N., Goncalves Junior, J., Alencar dos Santos, G., . . . Rolim Neto, M. L. (2017). Bipolarity and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review with meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 16 (22). <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0143-5>
- De Crescenzo, F., Serra, G., Maisto, F., Uchida, M., Woodworth, H., Casini, M. P., . . . Vicari, S. (2017). Suicide Attempts in Juvenile Bipolar Versus Major Depressive Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 56 (10), 825-831. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.07.783>
- Documento Conpes 3992 de 2020. (2020, 14 de abril). Consejo nacional de política económica y social. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, (2), 117-126.
- Eysenck, H. (1955). The effects of psychotherapy: A reply. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 50, 147-148.
- Ferrel, F., Vélez, J. y Ferrer, L. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Encuentros*, (2), 35-47.

- Fleming, T., Merry, S., Robinson, E., Denny, S., y Watson, P. (2007). Selfreported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 213-221.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443.
- García, J. (1994). Investigación Correlacional y Descriptiva. En García, V. *Problemas y Métodos de Investigación en Educación Personalizada* (308-309). Rialp, S.A.
- Gil, A. (2020). Depresión y suicidio: una prioridad de la salud pública. Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental, 1- 260 editorial Wecare-u. Healthcare Communication Group.
- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M., Cebriá, A. ... Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders* 245, 152-162.
- Gómez, R., Bohórquez, A., Gil, L., Jaramillo, L., García, J., Bravo, E. ... Palacio, C. (2013). Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 3-11.
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo Suicida: enfoque actualizado. *Revista médica. clínica condes*, 23(5), 607-615.
- Gómez-Romero, M., Limonero, J., Toro, J., Montes-Hidalgo, J., Tomás-Sábado, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 18-23.

González-Abarca A., Ramos-Corrales J., Nolasco-García E., Lara-Flores A., Ramírez-Piedras

A., Márquez-Alcaraz M., Illán-López O., Amaya-G. M. (2014). Depresión y suicidio.

Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco 1(1), 47-55.

González, G. y Capetillo, J. (2017). Sobre la influencia de Brentano en el pensamiento freudiano.

Un aporte a la historia intelectual del padre del psicoanálisis. *Historia y Grafía* (48), 141-183.

Groholt, B., Ekeberg, O. y Haldorsen, T. (1998). Suicide among children and younger and older

adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(5), 473-81.

Grupo de investigación en salud mental – Universidad CES. (2010). En *Situación de salud*

mental del adolescente Estudio Nacional de Salud Mental Colombia (pág. 65). Colombia.

Gutiérrez-Quintanilla, J. (2013). El suicidio: etiología, factores de riesgo y de protección. *Revista*

Entorno, (54), 6-11.

Gutiérrez, M. (2014). Los enfoques filosóficos de generación del conocimiento y las apuestas

metodológicas que exigen [Mensaje en un blog].

<http://www.javeriana.edu.co/blogs/mlgutierrez/files/Enfoques-y-estrategias-de-investigacion4.pdf>

Hernández, S. Fernández-Collado, C. Baptista, L. (3ra Ed.). (2006). *Metodología de la*

Investigación. Cuarta edición. McGraw Hill.

Instituto de medicina legal y ciencias forenses. (2021). *Boletín estadístico mensual. Centro de*

referencia nacional sobre violencia- CRNV.

https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/628335/boletin+julio+2021_+1.pdf/a9465610-59e0-9dba-cb1d-9fac8a4cbe8b

Kaslow, N. (s. f). Teen Suicides: What Are the Risk Factors? <https://childmind.org/article/teen-suicides-risk-factors/>

Kennebeck, S. y Bonin, L. (2017). Suicidal behavior in children and adolescents: Epidemiology and risk factors. <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-behavior-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-risk-factors>

Khan, A., Ahmed, R., Burton, N. (2017). Prevalence and correlates of depressive symptoms in secondary school children in Dhaka city, Bangladesh. *Ethnicity and Health*. 1-13. DOI: 10.1080/13557858.2017.1398313

Labrador, F. (2008). Técnicas de modificación de conducta. *Capítulo 1 introducción a las técnicas de modificación de conducta*. Pirámide.

Ley 115 de 1994. (1994, 8 de febrero). Congreso de la República de Colombia. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

Ley 1616 de 2013. (2013, 21 de enero). Congreso de la República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Ley 1098 de 2006. (2006, 8 de noviembre). Ministerio de Protección Social. <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>

Luque, R. y Berrios, G. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 120-146.

Macana, N. (2011). Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011.

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34616/6-F-11-Suicidio.pdf/6b2966e7-cbcb-4618-a3c3-af5cd111629e>

Martínez, A. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos *scientia zudia*, São Paulo, 11(3), 467-89.

Méndez, P. (2009). Factores psicológicos en la adolescencia. *Anales de Pediatría Continuada*, 7(4), 239-242.

Ministerio de Educación Nacional. (2010). Sistema Educativo Colombiano.

<https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-231235.html>

Ministerio de Educación Nacional. (2002). Instituciones educativas y realidad social. *Periódico*

Al Tablero. <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-87818.html>

Ministerio de Salud de Colombia y Colciencias. (2015) *Encuesta de Salud Mental*.

https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

Ministerio de Salud de Colombia. (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Ministerio de Salud de Colombia. (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles* [Fotografía].

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Ministerio de Salud Chileno. (2013). Programa Nacional de la Prevención del Suicidio.

https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf

Ministerio de Protección Social. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Mojtabai, R., Olfson, M., Han, B. (2016). National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *American Academy of Pediatrics* 138(6).

<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/11/10/peds.2016-1878.full>

Montes, H. (2014, 27 de mayo). Depresión en adolescentes, en aumento. *El Tiempo*.

<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-14043658>

Moreno, A. (2015). *La Adolescencia*. Editorial UOC.

<https://books.google.com.co/books?id=qH3LDAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=la+adolescencia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiB-Zep27zaAhXNrFkKHfgUAhwQ6AEIJjAA#v=onepage&q=la%20adolescencia&f=false>

Mori, N., y Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14 (2), 86-90.

Mullen, S. (2018). Major depressive disorder in children and adolescents. *Mental Health Clinician* 8 (6), 275–283. <https://doi.org/10.9740/mhc.2018.11.275>

Murillo, F. (2016). *Suicidio en adolescentes* [Tesis de especialización, Universidad de Antioquia, Antioquia] Repositorio Institucional UA.

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/8042/1/MurilloFrancy_2016_SuicidioEnAdolescentes.pdf

National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2017). *Accounting for social Risk Factors in Medicare Payment*. Washintong, Dc: The National Academics Press.

<https://doi/10.17226/23635>.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Accounting for Social Risk Factors in Medicare Payment: Identifying Social Risk Factors*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/21858>

Niebles, J. y, Pérez, D. (2016). *Indicadores Psicométricos de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para Adolescentes (EMTA A1) desde los Modelos de la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem* [Tesis de pregrado, Universidad de la Costa] Repositorio Institucional REDICUC. <http://hdl.handle.net/11323/314>

Nock, M., Hwang I., Sampson, N. y Kessler, R. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*, 15(8), 868-76. doi: 10.1038/mp.2009.29.

Observatorio del Bienestar de la niñez. (2018). Una aproximación al suicidio.

https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/boletin_suicidio_25.07.2018.pdf

Ochoa, G. (2015). *Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming, Arequipa, 2015* [tesis de pregrado,

Universidad de San Agustín]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1999). *Programming for adolescent Health and Development*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Depresión. <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Suicidio.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

Organización Mundial de la Salud (2018). Desarrollo de la Adolescencia.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud (s.f.). Adolescent health epidemiology.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=071413E7087711718269F649B0A9059F?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (s.f.). Adolescentes y salud mental.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/

Organización Panamericana de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2017). Día Mundial para la Prevención del Suicidio

2017: Tómate un minuto, cambia una vida.

https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2824:dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-2017-tomate-un-minuto-cambia-una-vida&Itemid=562

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas*.

<https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>

Ortega, R. (s.f.). *Suicidio en Adolescentes* [Tesis de pregrado, Universidad de Jaén]. Repositorio de Trabajos Académicos de la Universidad de Jaén.

Ortin, A., Lake, A., Kleiman, M. y Gould, M. (2012). Sensation Seeking as Risk Factor for Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Adolescence. *J Affect Disord.* 143(1-3), 214-22. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.058.

Palella, S. y Martins, F. (2010). *Metodología de la investigación Cuantitativa. 3era Edición*. Fedupel.

Papalia, D., Wedkos, S., y Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano*. 8va edición. McGrawHill.

Pardo, G., Sandoval, A., y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y Depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, (13), 17-32.

Perales, A. (2019). Modelos Etiológicos de los Trastornos del Afecto. En Manual de psiquiatría Humberto Rotondo. <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-laica-eloy-alfaro-de-manabi/psiquiatria/modelos-etilogicos-de-los-trastornos-del-afecto/6687798>

Periódico El Heraldo. (2016). Una de cada 20 personas en Barranquilla tiene patología mental

“grave”. <https://www.elheraldo.co/barranquilla/una-de-cada-20-personas-en-barranquilla-tiene-patologia-mental-grave-292389>

Pinheiro, P. (2017). Depresión- Causas, Síntomas, Diagnóstico y Tratamiento [mensaje en un

blog]. <https://www.mdsau.de.com/es/2016/06/depresion.html>

Ranabir, S., Reza, M. y Singh, S. (2014). The Concept of Social Vulnerability: A Review from

Disasters Perspectives. *International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies (IJIMS)*, 1(6), 71-82.

Régis E. (1885). *Manuel pratique de médecine mentale*. París: Doin.

Richie, H. y Roser. M. (2018). Mental Health. <https://ourworldindata.org/mental-health>

Ritchie, H., Roser, M y Ortiz-Ospina, E. (2015). Suicide. <https://ourworldindata.org/suicide>

Rivera, R. (2008). Riesgos Sociales [mensaje en un blog]. [http://www.mailxmail.com/curso-](http://www.mailxmail.com/curso-riesgos-sociales/concepto)

[riesgos-sociales/concepto](http://www.mailxmail.com/curso-riesgos-sociales/concepto)

Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar-Caxiola, S. (Ed.). (2009). *Epidemiología de los trastornos*

mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf>

Rodríguez, G., Juárez, C. y Ponce, M. (2012). El valor de la cognición y la afectividad para el

análisis psico-colectivo. *Psicoperspectivas Individuo y sociedad*, 11(2), 206-219.

Sánchez, R. y Sánchez, A. (2009). Correlatos cognoscitivos, afectivos y conductuales de la tristeza,

el enojo y el miedo. *Revista Costarricense de Psicología*, 28(41-42), 41-57.

Sarmiento, Z., Sánchez, S., Vargas, I. y Álvarez, M. (2010). Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. *Medisan*, 14(8), 1-7.

Secretaria De Salud Pública Distrital de Barranquilla. (2017). Plan de Salud Territorial Distrito de Barranquilla Análisis de Situación de Salud – Capítulo II.

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/analisis-de-Situacion-Salud-Barranquilla-2012-2015.pdf>

Smischney, T., Chrisler, A. y Villarruel, F. (2014). Risk Factors for Adolescent Suicide.

<https://reachmilitaryfamilies.umn.edu/sites/default/files/rdoc/Adolescent%20Suicide.pdf>

Tabares, A., Núñez, C., Osorio, M. y 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).

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. y Thapar, A. (2012) Depression in adolescence. *The Lancet* 379(9820), 1056-1067.

Thomasz, O., Castelao, E., Caruana, M., Massot, J., y Eriz, M. (2014). Riesgo social: medición de la vulnerabilidad en grupos focalizados. *Cuadernos del CIMBAGE*, 16, 27-51

Tuesca, R. y Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, (17), 19-28.

Urrego, D., Cocomá, J. (1999). Por la Salud Mental. *Salud Pública, Volumen 1 (1)*, <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/viewFile/18940/19862>

Vadivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F. y Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Rev Med Chile*, 143, 320-328.

Valadez-Figueroa, I., Chávez-Hernández, A., Vargas-Valadez, V., y Ochoa- Orendain, M. (2019). Componentes cognoscitivos, comportamentales y afectivos de la ideación suicida y su relación con situaciones cotidianas de la vida familiar en adolescentes mexicanos. *Acta Universitaria* 29, (2489). <http://doi.org/10.15174.au.2019.2489>

Vásquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.

World Healf Organization. (2019). *Suicide worldwide in 2019*. ISBN 978-92-4-002664-3

Anexos

Anexo 1

Datos sociodemográficos

DEPRESION Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 10-17 AÑOS EN UNA INSTITUCION EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad: ____
 2. Fecha de nacimiento: __/__/__

3. Sexo: Hombre 1
 Mujer 2

4. Género 1
 Heterosexual 2
 Homosexual 3
 Bisexual 4
 Asexual 5
 Pansexual

5. Estado civil: Soltero (a) 1
 Casado (a) 2
 Unión libre 3
 Divorciado (a) 4
 Viudo (a) 5

6. Estrato socioeconómico:
 Estrato 1 1 Estrato 4 5
 Estrato 2 2 Estrato 5 6
 Estrato 3 3 Estrato 6 7

7. Nivel educativo:
 Sin estudio 1
 Primaria 2
 Secundaria 3
 Técnico 4
 Tecnólogo 5
 Pregrado 6
 Posgrado 7

8. ¿ha tenido alguna pérdida significativa recientemente, de tipo afectivo, la muerte de un ser querido?

- Si 1
 No 2

Si su respuesta fue afirmativa, indique ¿cuál?

- Ruptura de pareja 1
 Muerte de un ser querido 2
 Pérdida de empleo 3
 Otro 4

9. ¿Alguna vez ha consumido alguna sustancia psicoactiva?

- Si 1
 No 2

Si su respuesta fue afirmativa, indique ¿cuál? _____

10. ¿Has presenciado el consumo de alguna sustancia psicoactiva?

- Si 1 ¿cuál? _____
 No 2

Si su respuesta es afirmativa, indique el lugar:

- En la escuela 1
 En el barrio 2
 En la familia 3

11. ¿Alguna vez has vivido hechos victimizantes?

- Si 1
 No 2

Si su respuesta fue afirmativa, indique ¿cuál?

- Desplazamiento 1
 Violencia doméstica 2
 Violencia de género 3
 Acoso escolar 4

12. En tu barrio has presenciado:

- Peleas entre pandillas 1
 Fronteras invisibles 2
 Pobreza 3
 Embarazo en adolescentes 4
 Desnutrición en niños y niñas 5
 Drogadicción 6
 No he presenciado 7

DEPRESION Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 10-17 AÑOS EN UNA INSTITUCION EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

13. En tu escuela has presenciado:
- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| Peñas entre pandillas | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Fronteras invisibles | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Pobreza | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Embarazo en adolescentes | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Desnutrición en niños y niñas | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Drogadicción | <input type="checkbox"/> | 6 |
| No he presenciado | <input type="checkbox"/> | 7 |

14. Número de personas del núcleo familiar (incluyéndote a ti): _____

15. ¿Cómo se compone tu núcleo familiar?

16. ¿Cómo valoras la relación actual con tus padres?
- Muy buena Buena Regular
 Mala Muy mala

17. ¿Has sufrido algún tipo de enfermedad mental?

Si 1
 No 2

Si su respuesta fue afirmativa, indique ¿cuál (es)? _____

18. ¿Algún miembro de tu familia ha sufrido algún tipo de enfermedad mental?

Si 1
 No 2

Si su respuesta fue afirmativa, indique ¿cuál (es)? _____

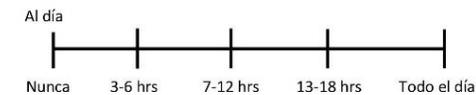
19. He tenido dificultades en las relaciones con mis familiares

Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>
Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>

20. Mi desempeño en los estudios se ha visto afectado:



21. El estado de ánimo triste o irritable me afecta:



22. He tenido dificultades en mis relaciones con mis amigos

Nunca A veces
 Casi siempre Siempre



Anexo 2

Formato Escala EMTA-A1



Id-Evaluado

Escala Multidimensional para la Medición de Trastornos Afectivos para Adolescentes- EMTA – A1
SUB-ESCALA DE DEPRESIÓN

A continuación, se muestra una lista de afirmaciones que manifiestan experiencias emocionales, afectivas, fisiológicas, motivacionales, conductuales y cognitivas asociadas a la Depresión. Por favor indique la frecuencia con cual se ha visto afectado por cada una, en los 2 últimos meses.

	N/A	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. He pensado que no tengo muchas cualidades.		1	2	3	4
2. He pensado que los demás tienen un mal concepto de mí.		1	2	3	4
3. Cuando me veo en el espejo, me desagrada lo que veo.		1	2	3	4
4. He pensado que no soy atractivo(a).		1	2	3	4
5. He pensado que nadie me quiere.		1	2	3	4
6. He pensado que no soy una persona digna de amor.		1	2	3	4
7. He sido estricto(a) en la manera como me evaluó.		1	2	3	4
8. He pensado que las personas podrían abandonarme en cualquier momento.		1	2	3	4
9. He sentido que estoy solo(a).		1	2	3	4
10. He pensado que nada en mi vida ha salido como lo imaginé.		1	2	3	4
11. He pensado que no puedo ir al ritmo que me demanda la vida.		1	2	3	4
12. He pensado que los demás me exigen demasiado.		1	2	3	4
13. He pensado que no puedo hacer nada bien.		1	2	3	4
14. He pensado que soy inútil.		1	2	3	4
15. He pensado que por más que intente, no lograre hacer las cosas que quiero.		1	2	3	4
16. He pensado que todo lo que me propongo sale mal.		1	2	3	4
17. Me ha sido difícil concentrarme.		1	2	3	4
18. No se me han ocurrido nuevas ideas.		1	2	3	4
19. He pensado más lento de lo normal.		1	2	3	4

	N/A	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
20. Me he distraído fácilmente.		1	2	3	4
21. Me ha sido difícil tomar decisiones.		1	2	3	4
22. He preferido que otros tomen decisiones por mí para no asumir las consecuencias.		1	2	3	4
23. Me ha resultado difícil hacer las cosas que podía hacer antes.		1	2	3	4
24. Me ha costado recordar algunas cosas más que antes.		1	2	3	4
25. Me ha costado aprender nuevas cosas.		1	2	3	4
26. He pensado en quitarme la vida.		1	2	3	4
27. He pensado en mi muerte.		1	2	3	4
28. He planeado acabar con mi vida.		1	2	3	4
29. He sentido que todo lo malo que es mi culpa.		1	2	3	4
30. He tenido explosiones de ira en los que he sido agresivo conmigo mismo(a).		1	2	3	4
31. He tenido explosiones de ira en los que he sido agresivo con los demás.		1	2	3	4
32. He reaccionado de manera agresiva, frente a situaciones poco importante.		1	2	3	4
33. Me he sentido muy triste.		1	2	3	4
34. Me he sentido fracasado(a).		1	2	3	4
35. No he tolerado que lo que me propongo me salga mal.		1	2	3	4
36. Me he sentido frustrado(a).		1	2	3	4
37. Me he sentido sin esperanzas.		1	2	3	4
38. He pensado que mi vida no tiene sentido.		1	2	3	4
39. He pensado que todo lo que quiero lograr, saldrá mal.		1	2	3	4
40. He sentido que estoy solo(a).		1	2	3	4
41. No me he sentido satisfecho(a) con mi vida.		1	2	3	4
42. Me he sentido una persona poco valiosa.		1	2	3	4
43. Me he sentido muy irritable.		1	2	3	4
44. Me he molestado/enfadado con facilidad.		1	2	3	4

	N/A	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
45. Las cosas que me gustaban ya no me interesan.		1	2	3	4
46. No me interesa salir o compartir con mis amigos como antes.		1	2	3	4
47. Mi peso ha cambiado significativamente sin motivo.		1	2	3	4
48. He notado cambios en mi apetito.		1	2	3	4
49. He dormido más de lo normal, sin razón alguna.		1	2	3	4
50. Me ha costado quedarme dormido(a).		1	2	3	4
51. Me he despertado mucho por las noches.		1	2	3	4
52. Me he sentido cansado(a) sin razón.		1	2	3	4
53. Me he hecho cortes en la piel y/o golpeado con intención de causarme dolor.		1	2	3	4
54. He intentado acabar con mi vida.		1	2	3	4
55. He llorado mucho.		1	2	3	4
56. He llorado con facilidad.		1	2	3	4
57. He preferido actividades que me permitan estar solo(a).		1	2	3	4
58. He preferido quedarme en mi cuarto y/o en mi casa, que salir con mis amigos.		1	2	3	4
59. He tenido menos iniciativa que antes en mis actividades cotidianas.		1	2	3	4
60. Me he referido a mí mismo(a) de forma negativa.		1	2	3	4
61. Me he forzado para agradar a otros.		1	2	3	4
62. He gritado, insultado y/o golpeado a mis compañeros, amigos o a las personas que veo diario.		1	2	3	4
63. He cogido mucha rabia e incluso lanzado objetos.		1	2	3	4
64. Mi actividad sexual ha disminuido.	0	1	2	3	4
65. He realizado mis actividades diarias con mayor lentitud.		1	2	3	4



Id-Evaluado

Escala Multidimensional para la Medición de Trastornos Afectivos para Adolescente – EMTA – AI
SUB-ESCALA DE RIESGO SUICIDA

A continuación, se muestra una lista de afirmaciones que manifiestan experiencias emocionales, afectivas, fisiológicas, motivacionales, conductuales y cognitivas asociadas al riesgo suicida. Por favor indique la frecuencia con cual se ha visto afectado por cada una, en los 2 últimos meses.

	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me he imaginado quitándome la vida.	1	2	3	4
2. He pensado en suicidarme porque algunas cosas no han salido como lo pensaba	1	2	3	4
3. He pensado en quitarme la vida.	1	2	3	4
4. He pensado en mi muerte.	1	2	3	4
5. He pensado que los demás estarían mejor sin mí.	1	2	3	4
6. Me he sentido incapaz de enfrentarme a la vida diaria.	1	2	3	4
7. Me he sentido sin esperanzas.	1	2	3	4
8. Veo mi futuro incierto.	1	2	3	4
9. Es poco probable que logre mis metas en el futuro.	1	2	3	4
10. He pensado en la muerte como una solución a mis problemas	1	2	3	4
11. Cuando tengo problemas, tomo decisiones sin pensar en las consecuencias	1	2	3	4
12. Evito situaciones que no pueda afrontar	1	2	3	4
13. He planeado acabar con mi vida.	1	2	3	4
14. He intentado acabar con mi vida.	1	2	3	4
15. He estado a punto de acabar con mi vida.	1	2	3	4
16. Me he herido físicamente con la intención de acabar con mi vida.	1	2	3	4
17. Me he hecho cortes en la piel y/o golpeado con intención de causarme dolor.	1	2	3	4

Anexo 3

Escala de valoración de la EMTA-A1

Sub-Escala de Depresión de EMTA-A1	Comprende desde el ítem 1 al 65, la cual mide: A nivel global: una Escala intervalar con 3 niveles: Bajo [<85-101], Medio [102-121], Alto [122 - >]. A nivel individual: Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca, (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
Sub-Escala de Manía de EMTA-A1	Comprende desde el ítem 1 al 65, la cual mide: A nivel global: Es una Escala intervalar con 3 niveles: Bajo [<68-77], Medio [78-89], Alto [90 - >]. A nivel individual: Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca, (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.
Sub-Escala de Riesgo Suicida de EMTA-A1	Comprende desde el ítem 1 al 65, la cual mide: A nivel global: Es una Escala intervalar con 3 niveles: Bajo [<18-19], Medio [20-24], Alto [25 - >]. A nivel individual: Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca, (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre.

Fuente: Elaboración propia

Anexo 4*Escala de valoración Alfa de Cronbach*

Rangos	Magnitud
0,81 a 1	Muy Alta
0,61 a 0,8	Alta
0,41 a 0,6	Moderada
0,21 a 0,4	Baja
0,01 a 0,2	Muy baja

Fuente: Bisquera (2007)

Anexo 5*Informe de validez y confiabilidad de la Escala EMTA-A1*

La presente investigación tuvo como objetivo conocer los indicadores psicométricos derivados de la validación de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para Adolescentes (EMTA-A1) a partir del análisis desde el modelo de la Teoría Clásica de los Test TCT y la Teoría de Respuesta al Ítem TRI.

Los resultados muestran niveles satisfactorios de confiabilidad de la prueba para su uso; puesto que reporta un alpha Cronbach para la Subescala de depresión es de $\alpha: 937$ y para la Subescala de manía de $\alpha: 864$ lo cual capitaliza a la EMTA-A1 como un instrumento idóneo para la medición de los trastornos afectivos con sensibilidad para las características particulares de la población adolescente.

La subescala de depresión reporta altos índices de confiabilidad y validez incluso mayores que otras escalas de medición de la depresión adolescentes como la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos - CES-D, que obtuvo un alpha Cronbach de $\alpha: 0,89$ (Villalobos-Galvis, & Ortiz-Delgado, 2012), del Inventario de Depresión Estado- Rasgo ST-DEP en adolescentes que puntuó un alpha Cronbach de $\alpha:0,76$ y $\alpha:0,68$ en sus dos subescalas respectivamente (Merino Soto, Pflucker Muñoz, & Riaño-Hernández, 2012), la escala de Zung para la medida de la depresión para población adolescente escolarizada colombiana con un alpha de Cronbach de $\alpha:0,54$ (Lezama, 2012). Así mismo se identifica una alta consistencia interna en la relación ítem escala.

Aunque la subescala de manía reporta su confiabilidad dentro de un rango aceptable, es evidente que reporta índices menores a la subescala de depresión, teniendo en cuenta la complejidad que existe en la medición de la sintomatología característica de este trastorno como se corrobora con escalas que miden el mismo constructo, evidencia la presencia de consistencia interna.

Con el análisis de consistencia interna se evidenció que los ítems de la sub escala de depresión guardan una carga significativa pero que permite inferir que aun si se eliminaran algunos ítems el índice de confiabilidad aumentaría, caso contrario en la sub escala de manía dado que si se eliminan algunos ítems podrían ocurrir cambios significativos en la consistencia interna.

Por otro lado, Tras la ejecución del Análisis Factorial de la Escala EMTA- A1 para la validez de constructo desde el método de Componentes Principales con un criterio de rotación, Varimax, se evidenció que ambas Sub escalas cumplen con los criterios de ajuste de adecuación

muestral de esfericidad de Bartlett con una significancia del 99%; lo que permite comprobar las dimensiones de constructo en las que la escala se fundamenta: a) la teoría de los modos de respuesta propuestos por Beck (1996) para la división de los sistemas de respuesta (factor 1 sistema cognitivo, factor 2 sistema afectivo, factor 3 sistema motivacional y factor 4 sistema conductual)b) los criterios dispuesto por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (APA.2014) y c) la sintomatología adolescente indagada por Kovacs, (1989) y Lewinsohn (1995). Por su parte, la adecuación de la varianza fue de 38,44 y 40,05 de correlación entre los factores lo que permite inferir que la estructura de la EMTA-A1 permite la verificación empírica de la agrupación de los componentes de la variable que se pretende medir con esta escala.

En cuanto a la validez de criterio la escala EMTA- A1 se correlacionó con dos escalas debidamente validadas en el contexto colombiano el cuestionario de depresión infantil CDI y la Escala de Manía de la Universidad Nacional de auto-reporte EMUN-AR por lo cual se consideró su pertenencia en este estudio y poseen un Índice Alfa de Cronbach para el CDI de (α : .851) y para la EMUN – Intensidad (α : ,907), EMUN – Frecuencia (α : ,910) y EMUN – Malestar (α : ,927).

En primera instancia la relación de la Sub escala de depresión EMTA-A1 y el CDI es directamente proporcional lo que permite afirmar que existe una validez concurrente significativa y la sub escala tiene una validez alta frente a la escala que ya es de uso clínico. En el mismo orden de ideas la sub escala de Manía y la EMUN que también presenta una relación proporcional que permite inferir la capitalización como un instrumento adecuado.

En general se evidencia que la EMTA-A1 cuenta con altos niveles de validez y confiabilidad, así como una validez concurrente significativa que pone a la escala en un instrumento potencia de medición sensible tanto al constructo de trastornos afectivos como de las características del ciclo vital.

Anexo 6

Escala de interpretación Correlación Pearson

r=1	Correlación perfecta
0,8 < r < 1	Correlación muy alta
0,6 < r < 0,8	Correlación alta
0,4 < r < 0,6	Correlación moderada
0,2 < r < 0,4	Correlación baja
0 < r < 0,2	Correlación muy baja
r = 0	Correlación nula

Fuente: Palella, S., y Martins, F. (2010)

Anexo 7

Ratificación de rechazo de Hipótesis nula por medio de Chi Cuadrado

Además, como una manera de ratificar los resultados de la relación existente entre las variables se aplicó la prueba del Chi Cuadrado, a continuación, en la tabla se presentan los resultados obtenidos.

Estadísticos descriptivos de las variables en estudio

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Variable: Depresión (agrupado)	55	1,47	,766	1	4
Variable: Riesgo Suicida (agrupado)	55	1,18	,512	1	4

Fuente: elaboración propia tomado de resultados SPSS

Variable: Depresión (agrupado)			
	N observado	N esperado	Residual
Nunca	36	13,8	22,3
A veces	14	13,8	,3
Casi siempre	3	13,8	-10,8
Siempre	3	13,8	-11,8
Total	55		

Fuente: elaboración propia tomada de resultados SPSS

Variable: Riesgo Suicida (agrupado)			
	N observado	N esperado	Residual
Nunca	47	18,3	28,7
A veces	7	18,3	-11,3
Siempre	1	18,3	-17,3
Total	55		

Fuente: elaboración propia tomada de resultados SPSS

En los estadísticos descriptivos, el conteo esperado y el conteo observado más grande se concentran en la escala de valoración nunca y a veces en la variable depresión y en la escala de valoración nunca en la variable riesgo suicida. Los estadísticos de contraste de las dos variables muestran que el Chi Cuadrado en la variable Depresión fue de 54,4 y en la variable riesgo suicida fue de 68,2.

En los resultados del Chi cuadrado no hay frecuencias esperadas menores que cinco (5) es decir que los datos cumplen con la condición de la prueba; a su vez el valor (p) que representa el nivel de significancia, obtuvo un valor de ,000 menor de 0,05 lo que permite concluir que estadísticamente hay evidencia para rechazar la hipótesis nula (H_0) confirmándose así el cumplimiento de la hipótesis alterna (H_a) de la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre las variables Depresión y Riesgo Suicida.

Al igual se procede a calcular los grados de libertad en la tabla de distribución del Chi Cuadrado descontando uno a las filas y columnas que permitieron calcular las combinaciones, $Grados\ de\ libertad = (n^\circ\ de\ filas - 1) por (n^\circ\ de\ columnas - 1)$ y al factorizarlas permite hallar el grado de libertad que es igual a 6, y el de significación es 0,05, al interceptar estos valores anteriormente obtenidos en la tabla de distribución se observa que el valor buscado es de 12.59.

DISTRIBUCION DE χ^2

Grados de libertad	Probabilidad										
	0,95	0,90	0,80	0,70	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,01	0,001
1	0,004	0,02	0,06	0,15	0,46	1,07	1,64	2,71	3,84	6,64	10,83
2	0,10	0,21	0,45	0,71	1,39	2,41	3,22	4,60	5,99	9,21	13,82
3	0,35	0,58	1,01	1,42	2,37	3,66	4,64	6,25	7,82	11,34	16,27
4	0,71	1,06	1,65	2,20	3,36	4,88	5,99	7,78	9,49	13,28	18,47
5	1,14	1,61	2,34	3,00	4,35	6,06	7,29	9,24	11,07	15,09	20,52
6	1,63	2,20	3,07	3,83	5,35	7,23	8,56	10,64	12,59	16,81	22,46
7	2,17	2,83	3,82	4,67	6,35	8,38	9,80	12,02	14,07	18,48	24,32
8	2,73	3,49	4,59	5,53	7,34	9,52	11,03	13,36	15,51	20,09	26,12
9	3,32	4,17	5,38	6,39	8,34	10,66	12,24	14,68	16,92	21,67	27,88
10	3,94	4,86	6,18	7,27	9,34	11,78	13,44	15,99	18,31	23,21	29,59
	No significativo								Significativo		

Fuente: Soto (2011) Ejercicios del seminario Nueve.

Este valor es comparado con el obtenido en las tablas de Chi Cuadrado donde uno fue de 54,4 relacionado con la variable Depresión y el otro de 68,2 en la variable Riesgo Suicida, valores que superan el obtenido de la tabla de distribución. Este comportamiento de los datos permite ratificar el rechazo de la hipótesis nula, de no asociación entre las variables, puesto que los Chi Cuadrado de las variables en estudio superan el 12,59.