



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Medicina

Maestría en Ciencias de la Salud

***“SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y PENSAMIENTOS
AUTOMÁTICOS ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN
ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR”***

TESIS

Para Obtener el Grado de
Maestra en Ciencias de la Salud

Presenta:

Lic. Psic. Gabriela Secundino Guadarrama

Comité de Tutores

Tutor Académico: Dra. Marcela Veytia López

Tutor Interno: Dra. Rosalinda Guadarrama Guadarrama

Tutor Externo: Dra. María del Carmen Míguez Varela

Toluca, Estado de México

Año 2018

ÍNDICE

Resumen	4
Summary.....	5
1. ANTECEDENTES.....	6
1.1. IDEACIÓN SUICIDA.	7
1.1.1. La ideación suicida: primera etapa del comportamiento suicida	7
1.1.2. Factores de riesgo asociados a la ideación suicida	8
1.1.3. El suicidio en los adolescentes	9
1.2. DEPRESIÓN	10
1.3. PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS.	13
1.4. SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS E IDEACIÓN SUICIDA.....	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	19
2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	20
3. HIPÓTESIS.....	20
4. OBJETIVOS.....	20
4.1. Objetivo general	20
4.2. Objetivos específicos.....	20
5. JUSTIFICACIÓN.....	21
6. MATERIAL Y METODOS.	23
6.1. DISEÑO DE ESTUDIO.....	23
6.2. UNIVERSO.....	23
6.3. MÉTODO DE MUESTREO.....	23
6.4. TAMAÑO DE MUESTRA	23
6.5. CRITERIOS.....	23

6.5.1. Criterios de inclusión	23
6.5.2. Criterios de exclusión	24
6.5.3. Criterios de eliminación	24
6.6. PROCEDIMIENTO.	24
6.7. INSTRUMENTOS.....	25
6.8. VARIABLES.....	26
6.8.1. Variable dependiente.....	26
6.8.2. Variables independientes	26
6.9. IMPLICACIONES BIOÉTICAS.....	31
6.10. RECOLECCIÓN DE DATOS	32
6.11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	32
7.RESULTADOS.....	34
7.1. RESULTADOS.....	35
Tabla 1. Características sociodemográficas de los estudiantes.	36
Tabla 2. Estadística descriptiva de las variables psicológicas	38
Tabla 3. Variables psicológicas y sexo.....	39
Tabla 4. Puntuaciones medias en variables psicológicas y sexo	39
Tabla 5. Puntuaciones medias en variables psicológicas y síntomas de depresión	40
Tabla 6. Puntuaciones medias de los factores del ATQ-30 respecto al sexo	40
Figura 1. Relación entre la sintomatología depresiva (CESD-R), pensamientos automáticos e ideación suicida.	41
Figura 2. Relación entre depresión (BDI-II), pensamientos automáticos e ideación suicida.	42
8. DISCUSIÓN GENERAL	43
9. CONCLUSIONES GENERALES.	45
9.1. Conclusiones.....	45
9.2. Limitaciones.....	46
9.3. Recomendaciones	46
8. BIBLIOGRAFIA.....	47

ANEXO 1..... 48

ANEXO 2..... 48

Resumen

El suicidio es un problema grave en todos los ámbitos de la vida social, es considerado un problema de salud pública debido a su impacto ya que en los últimos años ha aumentado el índice de muertes sobre todo en población adolescente. Se ha establecido que para poder estudiar este fenómeno, se deben tomar en cuenta tres aspectos, el suicidio como un acto consumado; la conducta suicida, que son acciones encaminadas a quitarse la vida, y la ideación suicida, siendo los planes o ideas respecto la forma de morir las cuales son considerada como el inicio del fenómeno llamado “suicidio” y pueden ser causadas por la presencia de síntomas depresivos, los cuales afectan a gran parte de la población siendo los adolescentes los más susceptibles a padecerlos. Al igual que el suicidio, la depresión se considera un problema de salud pública no solo por los altos índices, sino por los costos que genera su atención.

De acuerdo con la teoría cognitiva de la depresión, se cree que los síntomas de esta patología son consecuencia de pensamientos automáticos negativos, los cuales favorecen su desarrollo e instauración. Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación fue evaluar la posible asociación de los síntomas depresivos y los pensamientos automáticos negativos con la ideación suicida en estudiantes de bachillerato. Se realizó un estudio transversal con 409 estudiantes de entre 15 y 19 años, los cuales fueron seleccionados aleatoriamente de la escuela preparatoria del Estado de México. Se aplicó un cuestionario estructurado para la obtención de datos sociodemográficos, el Inventario de Depresión de Beck (*BDI-II*), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (*CESD-R*), el Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (*ATQ-30*) y la Escala de Ideación Suicida de Beck (*ISB*). Se utilizó el análisis de Chi cuadrada para la asociación, la prueba V de Cramer para determinar el tamaño del efecto y la T-Student para comparar las diferencias que pudiera haber dependiendo del sexo con las variables de interés. El 58.9% eran mujeres y el 41.1% hombres. La frecuencia de adolescentes que presentaron síntomas de depresión fue 13.4% (*CESD-R*); 8.1% presentó depresión grave (*BDI-II*), 16.1% tenía pensamientos automáticos negativos (*ATQ-30*), y 14.9% presentó ideación suicida (*ISB*). El análisis estadístico sugiere que la ideación suicida se asocia positivamente con los síntomas de depresión y los pensamientos automáticos negativos, encontrando diferencias estadísticas en cuanto al sexo. Analizar esta problemática puede ser útil para detectar adolescentes en riesgo.

Summary

Suicide is a serious problem in all areas of social life, it is considered a public health problem due to its impact since in recent years the death rate has increased especially in the adolescent population. It has been established that in order to study this phenomenon, three aspects must be taken into account: suicide as an accomplished act; suicidal behavior, which are actions aimed at taking one's life, and suicidal ideation, being the plans or ideas regarding the way of dying which are considered as the beginning of the phenomenon called "suicide" and can be caused by the presence of symptoms depressive disorders, which affect a large part of the population, adolescents being the most susceptible to suffer them. Like suicide, depression is considered a public health problem not only because of the high rates, but because of the costs generated by its attention.

According to the cognitive theory of depression, it is believed that the symptoms of this pathology are the result of negative automatic thoughts, which favor its development and instauration. Therefore, the objective of the present investigation was to evaluate the possible association of depressive symptoms and negative automatic thoughts with suicidal ideation in high school students. A cross-sectional study was conducted with 409 students between 15 and 19 years old, who were randomly selected from the preparatory school of the State of Mexico. A structured questionnaire was applied to obtain sociodemographic data, the Beck Depression Inventory (BDI-II), the Depression Scale of the Center for Epidemiological Studies (CESD-R), the Negative Automatic Thought Questionnaire (ATQ-30). and the Beck Suicidal Ideation Scale (ISB). Chi-square analysis was used for the association, Cramer's V test to determine the effect size and Student's T-test to compare the differences that could exist depending on the sex with the variables of interest. 58.9% were women and 41.1% were men. The frequency of adolescents who presented symptoms of depression was 13.4% (CESD-R); 8.1% had severe depression (BDI-II), 16.1% had negative automatic thoughts (ATQ-30), and 14.9% had suicidal ideation (ISB). Statistical analysis suggests that suicidal ideation is positively associated with symptoms of depression and negative automatic thoughts, finding statistical differences in terms of sex. Analyzing this problem can be useful to detect adolescents at risk.

1. ANTECEDENTES.

De acuerdo con Sánchez-Sosa et al. (1) el suicidio es un proceso que se inicia con la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por el intento suicida y finalizando con el suicidio consumado. Actualmente el suicidio se considera un problema de salud pública debido a los altos índices de muerte y a los costos que genera su atención. Es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos adversos en las personas (2). En México, el 40.2% de los suicidios en 2014, fueron en población joven de 15 a 29 años. En este grupo de edad, la tasa alcanza 7.9 suicidios por cada cien mil jóvenes. Al respecto algunos estudios reportan que las personas que tuvieron ideación e intentos suicidas tenían síntomas de depresión, debido a lo cual se ve a la depresión como un trastorno que favorece y potencializa al suicidio (3).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4), 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. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar 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.

La depresión ha sido estudiada desde diferentes enfoques, como el psicoanálisis, el conductual, el humanista, el cognitivo, entre otros. Beck, trabajando desde este último enfoque, menciona la importancia de identificar pensamientos negativos para evitar el desarrollo y progreso de la sintomatología depresiva (5), los cuales define como: pensamientos o imágenes concretos que una persona tiene ante las situaciones o acontecimientos del entorno, o ante eventos internos y tienden a alterar la realidad de las personas. Estos pensamientos aparecen de manera automática, con base a experiencias aprendidas en el pasado, y aumentan la probabilidad de aparición o mantenimiento de un trastorno depresivo (6).

Debido a lo anterior, se considera que diversos sucesos vitales como violencia, pobreza, la pérdida de una relación importante por separación, divorcio o muerte, entre otras, son relevantes en la aparición de pensamientos automáticos negativos, y estos influyen en el

desarrollo y progreso de la depresión, desencadenando ideas y planes de cometer suicidio (7).

1.1. IDEACIÓN SUICIDA.

El suicidio es una muerte abrupta que tiene dramáticas repercusiones en los diferentes sistemas sociales. Se le conoce como la epidemia del siglo XXI debido a que se ha instaurado como la primera causa de muerte violenta en el mundo. No sólo implica la carga de la defunción misma, sino que también tiene efectos emocionales negativos que repercuten en la mayoría de las personas cercanas a la víctima (8) (9). Un componente importante del suicidio es la ideación suicida, definida por el CIE-10 como todos los pensamientos que los individuos tienen respecto a desear y formular planes de cometer suicidio (10).

Por otro lado, Beck (6) desde la teoría cognitiva la define como *“los planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo”*.

1.1.1. La ideación suicida: primera etapa del comportamiento suicida

El comportamiento suicida, es un proceso dinámico y multifactorial que incluye diversas etapas (ideación suicida, conducta suicida y suicidio) que pueden, o no, ser secuenciales donde en ocasiones, la fatal culminación de este es el suicidio como resultado de una conducta autodestructiva realizada con el deseo explícito, consciente y voluntario de quitarse la propia vida (11).

Siendo la ideación suicida la fase del comportamiento suicida más frecuente, se vuelve un indicador del riesgo, pues las personas que consumaron el suicidio tuvieron ideas suicidas previas a quitarse la vida y lo comunicaron a personas cercanas a ellos. Debido a esto, la ideación suicida no se estudia de manera diferente a la conducta suicida, por el contrario, al hablar de comportamiento suicida, la ideación se considera como factor asociado o de riesgo, al que se debe prestar particular interés, ya que no se cuenta con registros suficientes sobre esta primer fase, dificultando su estudio al carecer de datos útiles para fines de investigación (12).

Al observar a la ideación suicida como el comportamiento inicial del denominado suicidio, se resalta la relevancia de su estudio en esta primera etapa, pues los resultados de la investigación proporcionarían la base para la implementación de estrategias de prevención del suicidio (13), ya que de acuerdo con datos de la OMS (2) cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial, siendo una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años.

La Secretaría de Salud (SSA) (14) reporta que los registros de suicidio consumado en la República Mexicana podrían estar subestimados al menos en un 30%, pues se estima que por cada muerte atribuible a éstos se producen entre 10 y 20 intentos fallidos; por tales motivos no se dispone de datos confiables sobre su verdadero alcance. Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (3) revela que las regiones que han incrementado la tasa de muertes por cada 100 000 habitantes a causa del suicidio son Chihuahua 11.4, Aguascalientes 9.9, Campeche con 9.1, y Quintana Roo 9.1. En tanto que Veracruz con 3.0, Morelos con 2.3, y Guerrero con 2.1, presentan las tasas más bajas. El Estado de México registró una tasa de 3.9 colocándose en el lugar 27 a nivel nacional en muertes por suicidio en la población general, y en el lugar 19 en el grupo etario de 15 a 19 años, alcanzando una tasa de 7.7, siendo los hombres jóvenes en edad productiva los que registran prevalencias más altas.

Conviene subrayar que una gran barrera que tiene México cuando se quiere estudiar el suicidio, es que la notificación de un intento no es obligatoria, dando lugar a que se presente información contradictoria (15), provocando una tendencia a no reportarlos, pues es considerado como causa de estigma dentro de los ámbitos moral, legal y religioso (16).

1.1.2. Factores de riesgo asociados a la ideación suicida

Se considera que el suicidio es un fenómeno complejo debido a su etiología. Sin embargo, la ideación suicida es muy complicada de estudiar por los pocos registros con los que se cuenta. Además, en ella intervienen factores psicológicos, sociales y biológicos, incluyendo todos

aquellos pensamientos que los individuos tienen respecto a planes de cometer suicidio, volviéndose multifactorial y dificultando su detección (17) (18).

En el estudio, comprensión, atención y prevención del comportamiento suicida se deben considerar elementos precipitantes y/o predisponentes de índole social, cultural, biológica, psicopatológica e incluso genética. Estos elementos se generan en diferentes condiciones sociales tales como: pobreza, violencia, desempleo, migración, consumo de drogas, criminalidad e inseguridad (19) (20).

Más aún, el aspecto psicológico representa el grupo de variables con una mayor relación en la ideación suicida. La literatura especializada informa que problemas como la depresión, una baja autoestima, el consumo de drogas (legales e ilegales), desórdenes alimenticios, y algunas formas de violencia tienen relación con otros trastornos psiquiátricos, eventos de la vida y familiares, que pueden incrementar el riesgo suicida (13).

Por ello, diversas investigaciones reportan que la depresión es la variable que más se relaciona con la ideación suicida (21,22,23,24). En el informe mundial de la OMS sobre la violencia y la salud, se señala que aproximadamente el 80% de las personas que se suicidaron tenían síntomas depresivos. Inclusive se plantea que un estado de ánimo depresivo se puede considerar como una condición previa para la presencia de ideación suicida (25,26).

En una investigación realizada por Sánchez-Sosa et al. (1), encontraron que la sintomatología depresiva presenta una relación significativa, directa y positiva con la ideación suicida. Siendo esta patología la que mejor predice la ideación suicida al constituirse como el factor desencadenante más alto.

También el abuso de drogas legales, específicamente el alcohol, y las drogas ilegales son variables que frecuentemente están asociadas a la ideación y el comportamiento suicida. Un estudio informa que en Estados Unidos de Norteamérica una cuarta parte de los suicidios están vinculados con el abuso del alcohol. En personas alcohólicas el riesgo no es mucho menor que en las que presentan trastornos depresivos (13).

1.1.3. El suicidio en los adolescentes

Desde una perspectiva epidemiológica, la ideación suicida, la conducta suicida y el suicidio consumado, se consideran un creciente problema de salud pública debido a su impacto en la

mortalidad de la población joven y económicamente activa a nivel mundial y nacional (27). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (28) estima en miles de millones de dólares los costos de las defunciones por suicidio y enfatiza sobre su prevención, por su carácter auto-deliberado y prematuro.

En México algunas investigaciones reportan que ha crecido de manera consistente en los últimos años (15) (29). Un estudio de 2001 de la Secretaría de Salud (30), refleja que el suicidio aumentó de 1970 a 1998 215%. En ese tiempo el suicidio ya era un problema relevante en la población y desde entonces y hasta la fecha ha cambiado el grupo etario, ya que es considerado una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad y la segunda entre los 15 y 29 años en México (31) (26).

Otra investigación en la Ciudad de México en adolescentes entre 12 y 17 años muestra que 11.5% de los jóvenes presentó ideación suicida y 3.1% tentativas de suicidio, encontrándose mayor riesgo suicida entre las mujeres. La edad de inicio de la conducta suicida era a los 10 años, y a los 15 años el momento más crítico y peligroso en el riesgo suicida (32). Otro más refiere como causantes de ideación suicida en adolescentes a la depresión y a los pensamientos automáticos negativos (33).

Por otro lado, Sánchez-Loyo et al (13), realizaron un estudio cualitativo con adolescentes mexicanos de entre 13 y 18 años que habían tenido una reciente tentativa de suicidio (hacía aproximadamente 48 horas). Los resultados mostraron que los jóvenes identifican a los problemas familiares como la causa del intento suicida, y a la depresión y la tristeza como síntomas previos al intento suicida.

1.2. DEPRESIÓN

Desde los años 90 la psicología se ocupó de la psicopatología de las personas. Se analizaban, se estudiaban y se intervenía a nivel clínico sobre las cogniciones, emociones y comportamientos patológicos y disfuncionales de las personas, como los trastornos de ansiedad, depresión, entre otros (34).

En las últimas décadas algunas investigaciones examinan la etiología, el tratamiento y la prevención de la depresión al ser considerada un problema de salud pública que va en aumento (35). Se estima que para el año 2020, será la segunda causa de enfermedad en el mundo, asociándola con diversas problemáticas como el incremento de la mortalidad, la tasa de suicidios y homicidios, comportamientos agresivos y el consumo de drogas (3) (35) (4).

Según datos de la OMS (4), hasta un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por vez primera a los 14 años, encontrando que la mayoría de los casos no se reconocen ni se tratan, teniendo como resultado consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida. Así mismo, menciona que la depresión alcanza a 8% de los jóvenes y cerca de 100,000 personas por año la padecerán en algún momento de su vida. Algunos investigadores han detectado que el inicio de la depresión a edades tempranas como la infancia y la adolescencia es cada vez más frecuente, y que un episodio depresivo sin tratar puede tener consecuencias graves a muy temprana edad e incluso afectar la edad adulta, con algún episodio depresivo mayor (36). Es debido a su alta prevalencia, al papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio (37), a la repercusión sobre la estructura familiar y social, que se ha empezado a estudiar más este trastorno (38).

Sin embargo la detección de la depresión no es una tarea fácil, pues se sabe que es multifactorial e implica la comprensión de factores biológicos (ej. herencia, alteraciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central), psicológicos (ej. personalidad, factores relacionado con el desarrollo, creencias) y sociales (ej. contexto social, económico, ideológico, roles) (8). Incluso se puede considerar normal que todos los jóvenes tengan fluctuaciones de su estado anímico y tristeza ocasional, por ello no es difícil encontrar adolescentes en momentos de melancolía o tristeza, pero de no ser ocasional este puede pasar de la tristeza a un estado depresivo (39).

Respecto a la depresión, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (40) la define, *“como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como tristeza, sensación de vacío, irritabilidad e insomnio acompañado de cambios somáticos y cognitivos*

que afectan significativamente la capacidad de funcionar del individuo". Esta patología se divide en: trastorno del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por medicación u otra sustancia, trastorno depresivo especificado y trastorno depresivo no especificado.

Por otro lado, la teoría cognitiva de Beck (6) ve a la depresión desde una perspectiva diferente al DSM-V, mencionando que la persona con depresión además de los síntomas presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se le conoce como la triada cognitiva. En relación con su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales, al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que el adolescente deprimido, siente desesperanza y cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde con pasividad, resignándose a no poder modificarlas.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (41), la adolescencia es una de las dos etapas donde existe un mayor riesgo de que se presente la depresión. Esto concuerda con estudios realizados en otros países, que señalan a la adolescencia como la etapa crítica para la aparición de la depresión (42). Por ejemplo, una investigación realizada en seis países europeos reveló que España es donde se registró la mayor frecuencia de personas con depresión, y además, los niños y los adolescentes son los que presentaban una mayor probabilidad de no ser detectados (43).

Por otro lado, en México se estima que la depresión ha afectado por lo menos una vez en su vida a 40% de la población, es decir, a casi tres millones de personas (44,45). Estipulando que los jóvenes son más vulnerables a padecer este trastorno debido a altos niveles de estrés, alteraciones en sus hábitos de sueño y disminución en la actividad física, entre otros factores (46). Documentando así la existencia de algunos problemas como un bajo rendimiento escolar, el cual es considerado uno de los cinco principales factores que limitan el desarrollo académico entre los estudiantes, así como algunos tipos de violencia y el consumo de

sustancias psicoactivas (47) (20). Por su parte Hicks et al. (48) habla sobre la relación que existe entre algunos de estos factores y otras variables como el ambiente, eventos vitales estresantes, problemas en la relación con el padre o la madre etc. A su vez Hoyos et al. (49) menciona que los adolescentes con sintomatología depresiva tienden a percibir a sus familias menos cohesionadas y más conflictivas que sus pares sin sintomatología. Así pues, la depresión se vuelve un importante indicador de vulnerabilidad emocional, cuya gravedad puede afectar diversas áreas de la vida y aumenta la probabilidad de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (8).

Por otro lado, se ha observado que, durante la adolescencia, los trastornos depresivos se acentúan más en las mujeres (50). Encontrando en jóvenes prevalencias de depresión leve entre 9% y 24%; depresión moderada entre el 5% y el 15% y la depresión severa se presenta con mayor frecuencia en adultos entre el 2% y el 6.3%, siendo en todos los casos las mujeres las que registran prevalencias más altas donde las diferencias de sexo se pueden observar durante toda la vida adulta (36)(51). Así pues, de acuerdo con algunas investigaciones, esto puede estar vinculado a que las mujeres son más vulnerables tanto psicológica como biológicamente a padecer depresión, incrementado la probabilidad para desarrollar un trastorno depresivo (52) (53), por lo que la aceptación social parece jugar un papel muy importante en la autovalía de las mujeres; la ayuda de una amiga y la seguridad en la amistad pueden servir como un factor amortiguador en la depresión dentro del ambiente escolar (49).

Aunque se sabe sobre la complejidad de la depresión y que una detección oportuna es necesaria, esto se complica dentro de los sistemas educativos y de salud de México y otros países, debido a insuficiencias de infraestructura y recursos humanos (54). Dadas las complicaciones en los sistemas de salud y educativos, esta situación representa un reto, por la magnitud y la creciente tendencia de la depresión en esta población.

1.3. PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS.

El psiquiatra americano Aarón Beck en 1976 (55), propone que los trastornos psicológicos provienen en gran parte de maneras equivocadas de pensar o interpretar los acontecimientos que vive una persona. Estos pensamientos o interpretaciones son formas estereotipadas,

dirigidas a valorar las experiencias previas, y que influirán de manera significativa en la conducta de los individuos. Esta será mediada por la manera de procesar la información a través de percepciones subjetivas.

Así mismo, propone un modelo de terapia que parte de la relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología; donde se encuentran los pensamientos automáticos negativos de entre otros componentes cognitivos como los esquemas, los cuales son definidos como estructuras cognitivas extremadamente estables y profundas, que se encontrarían en el origen de numerosos trastornos psicológicos (56). Los esquemas distorsionarían la información magnificando los datos que confirman el esquema y negando o minimizando aquella información inconsistente con el mismo. Esta distorsión en el procesamiento de la información provocaría que fuesen significativamente disfuncionales, rígidos, autodestructivos y resistentes al cambio, percibidos como irrefutables y que interfirieran en la propia habilidad para satisfacer las necesidades básicas de estabilidad y autonomía. Los esquemas se elaborarán a lo largo de la vida y determinarán las conductas, sentimientos, y pensamientos (57).

Por lo tanto, los pensamientos automáticos negativos al ser determinados por dichos esquemas serán evaluativos, rápidos y breves, no son el resultado de una deliberación o razonamiento sino más bien aparecen de forma automática. Estos pensamientos pueden tener forma verbal y/o visual como imágenes, surgen de las creencias, siendo ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas. Los pensamientos o palabras e imágenes que están en la mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de las cogniciones (55). Además, estos son una especie de auto diálogo de forma interna a nivel mental, y que se relacionan con estados emocionales intensos. Pueden ser vistas como versiones subjetivas de las experiencias y producen una falsa imagen o interpretación de las cosas y de los hechos (56).

Por otro lado, al ser inconscientes, cuando se presentan los pensamientos negativos no se presta atención a los mismos, y son las emociones las que se manifiestan, volviéndose reacciones espontáneas frente a determinadas situaciones donde aparecen fuertes sentimientos (56). Estos pensamientos hacen que la persona interprete los acontecimientos

de forma rígida, dificultando el control de estos. El pensamiento cuenta con tres elementos, la direccionalidad, es decir hacia donde está dirigido dicho pensamiento, el curso o la velocidad del pensamiento y el contenido, es decir lo que se piensa concretamente. Estos aparecen en el fluir del pensamiento normal, condicionan su dirección y curso, a estos se les atribuye una certeza absoluta, volviéndolos incuestionables y condicionando la conducta y el afecto (58).

En general, los pensamientos automáticos negativos son breves, fugaces, inconscientes, pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias. Las personas no son plenamente conscientes de sus creencias, pero sí lo son o lo pueden llegar a ser de sus pensamientos; y se tiende a relacionarlos con estados emocionales intensos como la ansiedad, la depresión, la ira o la euforia (59). Estos pueden volverse en versiones subjetivas de las cosas que ocurren, es aquí donde se vuelven disfuncionales ya que dan una falsa imagen o interpretación de las cosas y los hechos, y es por eso por lo que se generan las distorsiones cognitivas. También pueden aparecer como obligaciones que nos imponemos a nosotros o a los demás en forma de exigencias, tienden a dramatizar o a exagerar las cosas, haciendo que la persona adelante lo peor para ella y tenga un futuro catastrófico y que interprete los acontecimientos de forma rígida (55).

Pese a que se tiene conocimiento sobre esta manera equivocada de interpretar la realidad, es escasa la investigación sobre la relación entre los pensamientos automáticos negativos y algunas patologías. Es decir, a pesar de que desde los modelos cognitivos actuales se propone que los pensamientos automáticos negativos estarían determinados por los esquemas cognitivos más profundos y que determinan la conducta de las personas, apenas existen investigaciones que aborden la relación entre los diferentes constructos cognitivos (60).

Uno de los pocos estudios que ha tratado de evaluar la relación entre el nivel más superficial de cogniciones frente al más profundo es el de Calvete et al. (60). En este estudio se demostró la asociación entre esquemas disfuncionales y determinados pensamientos automáticos. Una investigación sobre la relación de los pensamientos automáticos y la depresión en estudiantes reveló que en pensamientos positivos y especialmente en pensamientos negativos mediaron las diferencias de sexo en síntomas depresivos (33). Algunos otros se centran en la naturaleza

positiva *versus* negativa del auto diálogo, proponiendo tres hipótesis para explicar la influencia de las cogniciones en los trastornos emocionales, sugiriendo alternativamente que el factor más importante es: 1) la frecuencia de pensamientos positivos, 2) la frecuencia de pensamientos negativos, o 3) el balance relativo entre pensamientos positivos y negativos. Siendo las dos últimas las que han recibido más atención (33).

Otro estudio, sugirió que para el ajuste psicológico es más importante una baja frecuencia de pensamientos negativos que la presencia de pensamientos positivos (61). Schwartz y Garamoni (62) establecieron que el ajuste emocional óptimo se basa en el equilibrio entre pensamientos positivos y negativos, y que las disfunciones emocionales surgen cuando no hay un buen equilibrio. Finalmente, otra línea de investigación se ha centrado en el contenido de los pensamientos como elemento clave para la salud mental y establece que los pensamientos automáticos negativos son específicos para cada trastorno emocional, y que se podría trabajar en ellos para cambiar su significado (55).

1.4. SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS E IDEACIÓN SUICIDA.

Dentro del ámbito de la terapia psicológica, el enfoque cognitivo de Beck (6) es uno de los más influyentes y está basado en el supuesto de que existe una relación causal unidireccional entre el sistema de creencias de la persona y sus afectos y emociones. Este autor propone que la base de la depresión se encuentra en un triple déficit en el sistema de creencias que lleva a la persona a percibirse a sí misma, al mundo y al futuro en términos negativos. Esta tríada cognitiva, que tiene su origen en las experiencias tempranas del individuo, implica errores sistemáticos en el pensamiento y distorsiones en el procesamiento de la información, nombrándolo pensamientos automáticos negativos (58).

Según Beck (55), existe un determinado grado de vulnerabilidad o tendencia a la depresión, pero ésta es el resultado de la activación de determinados esquemas, constituidos por actitudes disfuncionales, es decir algún trauma de la infancia, violencia intrafamiliar, abandono, entre otras, que se quedarán latentes en el individuo esperando ser reactivados por un suceso parecido al que lo formó, dando como resultado la aparición de pensamientos automáticos negativos, que desembocan en una percepción distorsionada de la realidad y

generando un deterioro cognitivo, específicamente en memoria, atención y la forma de procesar información.

Esta deficiencia cognitiva influenciada por los pensamientos automáticos explica un fallo en el sistema de procesamiento de la información, lo que genera en las personas depresivas un sistema de creencias atípico, caracterizado por la inferencia arbitraria y la distorsión de la realidad, desatando una serie de ideas con respecto a planes de cometer suicidio (56). Lo anterior se ejemplifica a continuación:

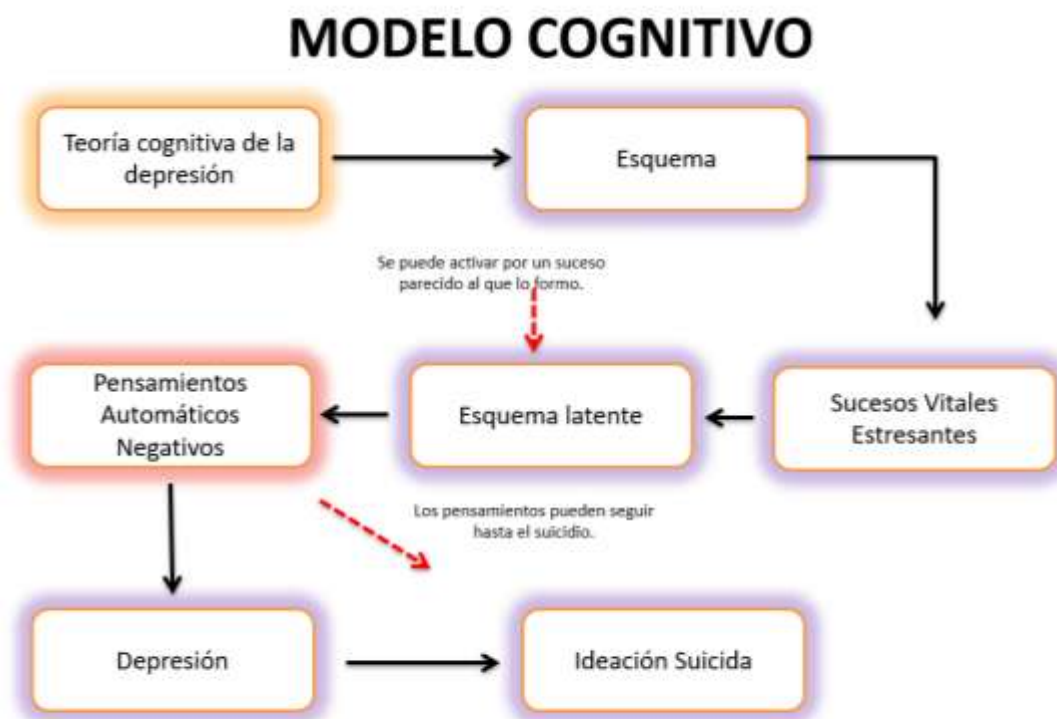


Figura 1. Modelo cognitivo de Beck sobre la depresión.

Elaboración propia

Por otra parte, es sabido que la depresión acompañada de pensamientos automáticos negativos puede estar presente en todas las etapas de la vida, sin embargo, la adolescencia es una de las más difíciles de un ser humano debido a los cambios y desajustes que la acompañan y que muchas veces es asociada la sintomatología depresiva con la etapa en sí.

Sin embargo, algunos estudios mencionan que la ideación suicida y la depresión son más frecuentes en la adolescencia, y tiene una asociación positiva la una con la otra. Esto se manifiesta en un estudio hecho por Fernández y Merino (63), señalando que la depresión predice la ideación suicida en adolescentes. A su vez, en 2014 Eguiluz y Ayala (64), revelan la relación que existe entre la ideación suicida y la depresión en adolescentes. En Colombia Carvajal y Virginia (65), encontraron un 20% de prevalencia de ideas suicidas en adolescentes entre 14 y 17 años. Este estudio identificó su asociación con intentos previos, así como tener depresión y pertenecer a una familia disfuncional. Sin embargo, la relación entre la ideación suicida y la depresión es compleja, ya que tal ideación suele tomarse como parte de la sintomatología depresiva, aunque se ha observado que la depresión aumenta de manera independiente las ideas respecto al suicidio (66).

Viendo entonces a la adolescencia como una etapa vulnerable en la vida de los seres humanos se pretende estudiar mediante la teoría cognitiva de Beck, la asociación que existe entre los síntomas de depresión y los pensamientos automáticos negativos en relación con la ideación suicida en estudiantes de nivel medio superior (7) (67).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La depresión en los adolescentes es una de las principales enfermedades mentales que se presentan a nivel mundial; y es de suma importancia identificarla, y atenderla a tiempo para disminuir su prevalencia en la población. Por mucho tiempo se consideró que la depresión era una etapa transitoria en la adolescencia, pero en décadas recientes, se ha reconocido como un problema de salud grave (68).

Los adolescentes que sufren depresión suelen ser más vulnerables ante ciertas situaciones, procesando la información de manera errónea, siendo esto la consecuencia de pensamientos automáticos negativos, los cuales provocan estados emocionales negativos y conductas inadecuadas (6). Los estudios que existen sobre la relación entre el nivel profundo de las cogniciones (esquemas) y el nivel más superficial (pensamientos automáticos) son muy pocos y más aún, la relación que tienen estos últimos como mecanismos mediadores con algunos síntomas psicológicos como la depresión y la ansiedad (33).

La sintomatología depresiva combinada con pensamientos automáticos negativos puede generar ideación suicida, siendo todos los pensamientos que los individuos tienen respecto a desear y formular planes de cometer suicidio (10). Al respecto, un estudio realizado en México reportó que los adolescentes que se suicidaron tuvieron ideas suicidas y se lo comunicaron a gente cercana a ellas antes de hacerlo y, además, la gran mayoría presentaba síntomas depresivos (19).

Por tal motivo, el presente proyecto de investigación consiste en analizar la asociación entre los síntomas de depresión y los pensamientos automáticos negativos con la ideación suicida en adolescentes estudiantes de nivel medio superior, debido a que la sintomatología depresiva acompañada de pensamientos automáticos negativos, podría intervenir de manera significativa en el desarrollo de la ideación suicida la cual si no es detectada y atendida oportunamente puede haber una tentativa de suicidio o terminar en un suicidio consumado; debido a esto se plantea la siguiente pregunta de investigación.

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existirá una asociación entre los síntomas de depresión y los pensamientos automáticos negativos con la ideación suicida en adolescentes estudiantes de nivel medio superior?

3. HIPÓTESIS

Hi: La sintomatología depresiva y los pensamientos automáticos negativos se asocian con la ideación suicida.

Ho: La sintomatología depresiva y los pensamientos automáticos negativos no tienen asociación con la ideación suicida.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Analizar la asociación entre los síntomas de depresión y los pensamientos automáticos negativos con la ideación suicida en adolescentes estudiantes de nivel medio superior.

4.2. Objetivos específicos

- Calcular la prevalencia de ideación suicida en adolescentes estudiantes de nivel medio superior en la población y por género.
- Calcular la prevalencia de síntomas de depresión en adolescentes estudiantes de nivel medio superior en la población y por género.
- Determinar el grado de asociación entre los síntomas de depresión y los pensamientos automáticos con la ideación suicida.

5. JUSTIFICACIÓN

Entre las principales razones por lo que es importante estudiar la ideación suicida en los adolescentes; es que a nivel internacional la OMS indica que 800,000 personas mueren al año por suicidio, y representa la segunda causa principal de muerte en el grupo etario de entre 15-19 años de edad (2).

La tasa de suicidios en México presentó una tendencia al alza entre 2000 y 2014, de 3.5 a 5.2 suicidios por cada 100 mil habitantes, y el INEGI refiere que los estados con mayor índice de suicidio en adolescentes son: Chihuahua, Aguascalientes, Campeche y Quintana Roo (3). El Estado de México reportó tener una tasa de 7.1 casos de suicidios por año, sin embargo, en números absolutos es el estado que registra más casos de suicidio, razón por la cual se elige este estado para realizar este estudio.

Otra importante causa, es que al hacer un análisis por género, se encontró que del total de suicidios ocurridos, 80.2% fue consumado por hombres y 19.8% por mujeres, lo que significa que ocurren más de cuatro suicidios de varones por cada suicidio de una mujer (3), además se encontró que una gran parte tenía diagnóstico de depresión, debido a lo cual esta enfermedad se considera como factor de riesgo para el suicidio.

La depresión es considerada por la OMS como un problema de salud pública y se prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. Esto se debe, a su alta prevalencia, al impacto que tiene en la sociedad, y a que su atención genera altos costos en los sistemas de salud (2). En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres (69).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, señala que el 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida, durante los cuales generalmente no reciben tratamiento (41). Los estados de la república mexicana con mayor porcentaje de depresión en jóvenes son: Estado de México 19%, Ciudad de México 13.40 %, Nuevo León 7.65%, Jalisco 6.23% y Guanajuato 5.94% (70).

Por otra parte, se ha visto que dentro de la sintomatología depresiva hay presencia de pensamientos automáticos negativos y estos se han revelado como un elemento clave en la vivencia y manejo de ésta (33). Beck menciona que es de suma importancia estudiar los pensamientos automáticos, ya que enfatiza en las variables que determinan que una persona se deprima y otra no (55). Teniendo un mayor conocimiento entre la sintomatología depresiva y los pensamientos automáticos, como factores asociados a la ideación suicida en adolescentes, se podrán diseñar tratamientos y programas preventivos, que consigan reducir la prevalencia y la incidencia del suicidio.

6. MATERIAL Y METODOS.

6.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Tipo de estudio: Transversal.

La relación se examina:

- En términos de la prevalencia de la depresión y los pensamientos automáticos negativos (PAN) en la población definida, según la presencia o ausencia de esta, así como la asociación con la ideación suicida.

6.2. UNIVERSO: Alumnos inscritos en la escuela preparatoria # 2 “Plantel Nezahualcóyotl de la Universidad Autónoma del Estado de México, ubicada en la ciudad de Toluca (2200 estudiantes).

6.3. MÉTODO DE MUESTREO: Probabilístico, todos los individuos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra, por lo que esta fue representativa de la población a estudiar. De tal manera que se seleccionaron al azar los grupos por turno y semestre.

6.4. TAMAÑO DE MUESTRA

Se contó con una población de 2200 estudiantes, y con base en la fórmula para el cálculo del tamaño de muestra poblacional, se obtuvo que 330 serían representativos para este estudio.

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

$$n = \frac{1.96^2 (0.50)(0.50)(2200)}{(5^2 (2200 - 1)) + 1.96^2 (0.50)(0.50)}$$

$$n = 327$$

$$p = 0.50$$

$$q = 0.50$$

$$N = 2200$$

$$e = 5\%$$

$$k = 1.96$$

6.5. CRITERIOS.

6.5.1. Criterios de inclusión

p= proporción de individuos, que poseen en la población la característica del estudio.

q= no poseen la característica 1-p.

N= tamaño de la población

e= error muestral deseado.

k=nivel de confianza.

n= tamaño de la muestra.

- Adolescentes del nivel medio superior.
- Edad: entre 15 y 19 años.
- Sexo: Hombre o Mujer
- Que tuvieran firmada la carta de consentimiento informado (padres de familia y adolescentes mayores de edad) y asentimiento informado (adolescentes menores de edad).

6.5.2. Criterios de exclusión

- Los adolescentes que se encontraban en tratamiento farmacológico que interfiriera con su estado de ánimo (benzodizepinas y/o antidepresivos)
- Adolescentes que estuvieran embarazadas o lactando.

6.5.3. Criterios de eliminación

- Llenado incompleto de las escalas.

6.6. PROCEDIMIENTO.

El protocolo de investigación se sometió a revisión y fue aprobado por el comité de ética de CICMED, se acudió con las autoridades la escuela preparatoria #2, informándoles sobre los objetivos de la investigación y se les solicitó el permiso para que los alumnos pudieran participar en dicho estudio, así mismo, se armaron los paquetes para la aplicación de los instrumentos. Una vez autorizada la aplicación se programaron las fechas y horarios de esta, las cuales fueron en el horario de clases de acuerdo con el turno y en el salón correspondiente. Un día antes de la aplicación se asistió al plantel para entregar a los alumnos la carta de consentimiento informado para los padres de familia o adolescentes que eran mayores de edad y las de asentimiento informado para los menores de edad. El día de la aplicación a los alumnos que entregaron sus cartas firmadas el investigador les dio un folder con las escalas BDI-II, CESD-R, ISB y ATQ-30.

La aplicación de los instrumentos fue de manera grupal, con indicaciones verbales dentro del horario de clases, en un tiempo aproximado de 60 minutos, y la participación de los estudiantes fue voluntaria, anónima y confidencial.

6.7. INSTRUMENTOS

Para conocer las características de la población a estudiar, se entregó un formato donde se les pidieron datos demográficos como: edad, sexo, semestre, promedio, religión, antecedentes familiares, consumo de sustancias, vida sexual y violencia, entre otras.

Inventario de Depresión de Beck: BDI-II (Beck Depression Inventory Second Edition (71)). Se utilizó la versión en español escala se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Cada ítem se respondió en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se establecieron puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Los autores reportaron un alfa de Cronbach de 0.93 (72).

Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (*Center for Epidemiological Studies o Depression Scale: CES-D*) (73), se utilizó la versión en español para población mexicana. La CESD-R es una escala de tamizaje para detectar probables casos de depresión. Evalúa cuatro factores de la depresión (afecto depresivo, afecto positivo, disminución psicomotora y dificultades interpersonales) y un factor de depresión general de segundo orden y con la cual se obtiene información de la presencia de síntomas en las últimas dos semanas, con cinco opciones de respuesta: 0 =ningún día; 1= de 1 a 2 días; 2 =de 3 a 4 días; 3= de 5 a 7 días; y 4 = de 8 a 14 días. Las puntuaciones de la escala varían entre 0 y 140 puntos. La CESD-R tiene excelentes características psicométricas de confiabilidad y validez para adolescentes estudiantes mexicanos, reportando un alfa de Cronbach de 0.93 (74).

Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Negativos (*Automatic Thoughts Questionnaire ATQ-30*) (75), se utilizó la versión en español para población mexicana. Diseñado para medir la frecuencia de la ocurrencia de pensamientos automáticos negativos. Evalúa 3 factores: Disgusto consigo mismo y con su circunstancia, (reactivos 18, 23, 21, 17, 19, 11, 12, 25, 28, 24, 29, 10, 6, 27 y 9); culpa y juicio negativo de otros hacia su persona

(reactivos 2, 4, 1, 7, 3, 8, y 5); sensación de ineficacia (reactivos 30, 13, 26, 20, 14, 22, 16, y 15). El cuestionario consta de 30 ítems. Cada ítem se evalúa en una escala de 5 puntos (0=nunca, 1=algunas veces, 2=bastante a menudo, 3= muy a menudo y 4= casi siempre). Su rango es de 0-120, los autores reportaron un alfa de Cronbach de 0.95 (76).

Escala de ideación suicida de Beck: ISB (*Beck's Suicide Ideation Scale*) (77). Se utilizó la versión en español para población mexicana. Diseñado para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas. Evalúa 4 factores: I. Características de las actitudes hacia la vida/muerte (5 reactivos, 1, 2, 3, 4, 5), II. Características de los pensamientos/deseos de suicidio (6 reactivos, 6, 7, 8, 9, 10, 11), III. Características del intento (4 reactivos, 12, 13, 14, 15), IV. Actualización del intento (4 reactivos 16, 17,18, 19, 20). El cuestionario consta de 20 ítems, cada ítem se evalúa en una escala de 3 puntos, que van de 0 a 2. (0= ausente hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida), y la puntuación total de la escala va de 0-40. Reportando un alfa de Cronbach de 0.82 (78).

6.8. VARIABLES

6.8.1. Variable dependiente

V.1: Ideación suicida.

6.8.2. Variables independientes

V.2: Depresión.

V.1: Pensamientos Automáticos Negativos.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS
SOCIODEMOGRÁFICAS						
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas presentes al momento del nacimiento.	1= Mujer 2= Hombre	Cualitativa Nominal Dicotómica	Nominal	Cédula de recolección de datos	*Frecuencia *Porcentajes
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Número de años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa Continua	Intervalar	Cédula de recolección de datos	*Medidas de tendencia central y medidas de dispersión
Semestre	Semestre que cursa al momento del estudio.	1= 1° semestre 2= 2° semestre 3= 3° semestre 4= 4° semestre 5= 5° semestre 6= 6° semestre	Cualitativa Ordinal	Ordinal	Cédula de recolección de datos	*Frecuencia *Porcentajes
Religión	Medio de socialización durante el cual el creyente se nutre del saber que dirigirá sus conductas en la búsqueda de la experiencia de lo divino.	Religión profesada al momento del estudio. 0= Ninguna Religión 1= católica 2= cristiana 3= testigos de Jehová 4=Otra	Cualitativa Nominal	Nominal	Cédula de recolección de datos	*Frecuencia *Porcentajes
Lugar de residencia	El pueblo, ciudad o país, donde nace una persona; lugar de origen o nacimiento, en su sentido más general.	Lugar de residencia al momento del estudio.	Cualitativa Nominal	Nominal	Cédula de recolección de datos	*Frecuencia *Porcentajes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS
INDEPENDIENTES						
Consumo de sustancias	Ingesta de cualquier sustancia que produzca de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas	0= Ninguna 1=alcohol 2=cigarro 3= drogas ilegales	Cualitativa Nominal	Nominal	Cédula de recolección de datos	*Frecuencia *Porcentajes
Violencia	Uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.	0= No 1= Física 2= Psicológica 3= Sexual 4= Económica 5= Otra	Cualitativa Nominal	Nominal	Cédula de recolección de datos	*Frecuencia *Porcentajes
Rendimiento Académico	Resultado que se obtiene al dividir la suma de las calificaciones por el número de sumandos.	Promedio reportado al momento del estudio.	Cuantitativa Continua	Razón	Cédula de recolección de datos	*Medidas de tendencia central y medidas de dispersión

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS
INDEPENDIENTES						
Depresión	De acuerdo (DSM-V), la depresión se define, como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades.	Entre mayor sea el puntaje (la media más menos una desviación estándar.) si cae en el rango establecido habrá presencia de sintomatología depresiva. (CESD-R) Para la escala BDI-II, se tomarán los puntajes: 0-13= mínima depresión 14-19= depresión leve 20-28= depresión moderada 29-63= depresión grave	Cuantitativa Discreta	Intervalar	Center for Epidemiological Studies of Depression Scale (CES-D-R)	*Medidas de tendencia central y medidas de dispersión. *Análisis descriptivo.
Pensamientos Automáticos.	Los pensamientos automáticos, son diálogos internos, pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación determinada, y que las personas suelen considerarlos afirmaciones verdaderas no distorsionadas	Entre mayor sea el puntaje (de 0 A 120.) será más frecuente presencia de pensamientos Automáticos.	Cuantitativa Discreta	Intervalar	<i>Automatic Thoughts Questionnaire.</i> (ATQ-30).	*Medidas de tendencia central y medidas de dispersión. *Análisis descriptivo.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS
DEPENDIENTE						
Ideación suicida.	Implica todos los pensamientos que los individuos tienen respecto a desear y formular planes de cometer suicidio	Con “uno” se considera que hay presencia de ideación suicida, entre mayor sea el puntaje, será más frecuente la ideación.	Cuantitativa Discreta	Intervalar	Escala Ideación Suicida de Beck (ISB)	*Medidas de tendencia central y medidas de dispersión. *Análisis descriptivo.

6.9. IMPLICACIONES BIOÉTICAS.

El presente proyecto fue sometido al comité de Bioética del CICMED para su autorización. Se hizo de acuerdo a la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos; está basado en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en su título segundo, capítulo 1° que habla sobre “los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, y capítulo tercero sobre “la investigación en menores de edad o incapaces”, también es realizado de acuerdo al título 5° sobre investigación para la salud, según los artículos, 96, 97, 99, 100 y 101. Y se hace conforme a la declaración de Helsinki de la asociación mundial médica.

En este estudio la participación de los adolescentes fue voluntaria y se hizo a través de la carta de consentimiento informado. La investigación es confiable de manera que se protege la privacidad e intimidad de los participantes. Los adolescentes no corrieron ningún riesgo por su participación. Los resultados de cada instrumento se usarán con fines estadísticos y de investigación.

La carta de consentimiento informado integro los 4 principios básicos éticos que se refieren a:

- 1) Respeto a las personas: Exige que los investigadores traten a los sujetos como individuos autónomos y obtengan su consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación.
- 2) Beneficencia: Exige que los investigadores diseñen protocolos que proporcionen conocimientos válidos y generalizables, que se aseguren que los beneficios de la investigación sean proporcionales a los riesgos corridos por los participantes.
- 3) Justicia: Exige que los beneficios y cargas de la investigación se distribuyan equitativamente. Los participantes en la investigación asumen algún riesgo a fin de beneficiar a la sociedad en conjunto.
- 4) Autonomía. Exige que todas las personas tengan capacidad de decidir por ellas mismas. También garantiza la confidencialidad de la información que se obtiene, asegurando la protección de los datos. El procedimiento formal para aplicar este principio es el

consentimiento informado, donde se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en el estudio.

6.10. RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recolección de datos de la siguiente investigación se realizó de la siguiente manera:

- Se acudió a la escuela preparatoria #2 Plantel Nezahualcóyotl, ubicada en la ciudad de Toluca, donde se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos.
- Con la finalidad de lograr los objetivos de este estudio se solicitaron los listados de alumnos por grupo, turno y semestre de esta manera se seleccionaron los adolescentes que participarían en la investigación.
- La aplicación de las escalas BDI-II, CESD-R, ISB y ATQ-30, fue de manera individual y auto-aplicable, con previa firma del consentimiento y asentimiento informado según el grupo, grado, horario y turno que tuvieron los estudiantes, asistiendo a los salones donde se encontraban.
- Una vez aplicados los instrumentos se realizó una base de datos para el vaciado de la información.
- El análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos antes mencionados fue en el programa estadístico SPSS 20.0, para hacer la asociación entre las variables estudiadas.
- Con base en los resultados, se elaboraron las conclusiones y las sugerencias.

6.11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

- Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de las escalas BDI-II, CESD-R, ISB y ATQ-30, los datos fueron capturados y se analizaron con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0. Se realizaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión para las variables (edad, promedio, depresión, pensamientos automáticos negativos e ideación suicida). Por otro lado, se hizo la descripción de frecuencias y porcentajes, para las variables (sexo, semestre, religión, lugar de residencia, actividad sexual, consumo de sustancias y violencia)

- A los datos se les aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov para conocer la distribución de estos.
- Se utilizó la prueba Chi Cuadrada para determinar si había asociación entre las variables de interés y la V de Cramer para verificar el grado en que se daba dicha asociación.
- Finalmente, se hizo un análisis estadístico empleando la prueba T de Student para comparar las medias de los grupos (hombres y mujeres) y determinar si existen diferencias entre ambos sexos. Se utilizó la prueba d de Cohen para saber el grado de relación.

7.RESULTADOS

7.1. RESULTADOS

Por lo que se refiere a los resultados encontrados de las características sociodemográficas, 57.7% (n=236) de los estudiantes fueron del turno matutino, prevaleciendo el género femenino con 58.9% (n=241), de ellos 15.9% (n=65) estudia y trabaja. El principal municipio de residencia fue Toluca con 39.1% (n=160) seguido por Almoloya de Juárez (18.6%, n=76).

Además, un 97.3% (n=398) reportó ser soltero, 99.0% (n=405) vive con sus padres y 13.0% (n=53) ha vivido el divorcio de estos. El 3.0% (n=12) refiere la muerte de algún familiar. Además, se observó un consumo de alcohol del 52.8% (n=216), el 34.5% (n=141) fuma y un 13.4% (n=55) ha consumido otro tipo de droga, siendo la marihuana la más común (10.8%, n=44).

Por otro lado, 30.8% (n=126) reportó tener una relación de noviazgo, mientras que el 21.3% (n=87) afirmó haber tenido relaciones sexuales, de los cuales el 23.0% (n=20) comentó que fue con más de una pareja sexual y 23.0% (n=20) expresó no haber usado condón. En promedio, la vida sexual inició a los 15 años con poca diferencia entre hombres y mujeres.

Se encontró que 22.5% (n=92) ha sufrido algún tipo de violencia, siendo la psicológica la más frecuente con 14.9% (n=61) y se observó que son los amigos los que más la ejercen (23.4%, n=22). Finalmente, 56.7% (n=232) refirió haberse sentido deprimido, 67.5% (n=276) haber estado angustiado y 8.8% (n=36) haber pensado en suicidarse, de los cuales 27.7% (n=11) lo ha intentado (**ver Tabla 1**).

Por otro lado, de acuerdo con los resultados arrojados por cada escala se reportan 55 (13.4%) personas con sintomatología depresiva, 33 (8.1%) con depresión grave, 66 (16.1%) con pensamientos automáticos negativos y 61 (14.9 %) con ideación suicida.

(**ver Tabla 2**)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los estudiantes.

		SEXO.				TOTAL	
		Mujer		Hombre			
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
<i>Lugar de residencia.</i>	Toluca	94	58.8	66	41.3	160	39.1
	Metepec	36	55.4	29	44.6	65	15.9
	Zinacantepec	3	75.0	1	25.0	4	1.0
	Almoloya de Juárez	45	59.2	31	40.8	76	18.6
	Otro	63	60.6	41	39.4	104	25.4
<i>Estado Civil.</i>	Soltero	235	59.0	163	41.0	398	97.3
	Casado	2	66.7	1	33.3	3	0.7
	Unión libre	4	50.0	4	50.0	8	2.0
<i>Semestre.</i>	2° semestre	79	54.5	66	45.5	145	35.5
	4° semestre	77	60.2	51	39.8	128	31.3
	6° semestre	85	62.5	51	37.5	136	33.3
<i>Turno.</i>	Matutino	142	60.2	94	39.8	236	57.7
	Vespertino	99	57.2	74	42.8	173	42.3
<i>Vives con tu familia.</i>	Si	238	58.8	167	41.2	405	99.0
	No	3	75.0	1	25.0	4	1.0
<i>Familiar divorciado.</i>	Si	34	64.2	19	35.8	53	13.0
	No	207	58.1	149	41.9	356	87.0
<i>Familiar fallecido.</i>	Padre	2	100.0	0	0.0	2	0.5
	Madre	1	25.0	3	75.0	4	1.0
	Hermanos	5	83.3	1	16.7	6	1.5
	Ninguno	233	58.7	164	41.3	397	97.1
<i>Religión.</i>	Católica	182	58.9	127	41.1	309	75.6
	Cristiana	17	58.6	12	41.4	29	7.1
	Testigos de Jehová	5	83.3	1	16.7	6	1.5
	Otra	11	64.7	6	35.3	17	4.2
	Ninguna religión	26	54.2	22	45.8	48	11.7
<i>Trabajo.</i>	Si	27	41.5	38	58.5	65	15.9
	No	214	62.2	130	37.8	344	84.1
<i>Noviazgo.</i>	Si	75	59.5	51	40.5	126	30.8
	No	166	58.7	117	41.3	283	69.2
<i>Actividad sexual.</i>	Si	42	47.7	46	52.3	88	21.5
	No	199	62.0	122	38.0	321	78.5
<i>Uso de condón.</i>	Si	30	44.1	38	55.9	68	16.6
	No	12	60.0	8	40.0	20	4.9

Tabla 1. Características sociodemográficas de los estudiantes.

		SEXO.				TOTAL	
		Mujer		Hombre		Recuento	%
		Recuento	%	Recuento	%		
<i>Consumo de alcohol.</i>	Si	119	55.1	97	44.9	216	52.8
	No	122	63.2	71	36.8	193	47.2
<i>Consumo de cigarrros.</i>	Si	81	57.4	60	42.6	141	34.5
	No	160	59.7	108	40.3	268	65.5
<i>Consumo de drogas ilegales.</i>	Si	25	45.5	30	54.5	55	13.4
	No	216	61.0	138	39.0	354	86.6
<i>Tipo de drogas consumidas.</i>	Marihuana	20	45.5	24	54.5	44	10.8
	Cocaína	3	50.0	3	50.0	6	1.5
	Otras	2	40.0	3	60.0	5	1.2
	No consumo	216	61.0	138	39.0	354	86.6
<i>Violencia.</i>	Si	56	60.9	36	39.1	92	22.5
	No	185	58.4	132	41.6	317	77.5
<i>Tipo de violencia.</i>	Física	14	56.0	11	44.0	25	6.1
	Psicológica	39	66.1	20	33.9	59	14.4
	Sexual	2	50.0	2	50.0	4	1.0
	Otra	1	25.0	3	75.0	4	1.0
	No violencia	185	58.4	132	41.6	317	77.5
<i>Quien te ha violentado.</i>	Padre	8	61.5	5	38.5	13	3.2
	Madre	7	77.8	2	22.2	9	2.2
	Hermanos	6	75.0	2	25.0	8	2.0
	Amigos	11	50.0	11	50.0	22	5.4
	Pareja	8	80.0	2	20.0	10	2.4
	Otros	16	53.3	14	46.7	30	7.3
<i>Sentido deprimido.</i>	Si	162	69.8	70	30.2	232	56.7
	No	79	44.6	98	55.4	177	43.3
<i>Sentido angustiado.</i>	Si	190	68.8	86	31.2	276	67.5
	No	51	38.3	82	61.7	133	32.5
<i>Ideas de suicidio.</i>	Si	27	75.0	9	25.0	36	8.8
	No	214	57.4	159	42.6	373	91.2
<i>Suicidio.</i>	Si	10	90.9	1	9.1	11	2.7
	No	231	58.0	167	42.0	398	97.3

Tabla 2. Estadística descriptiva de las variables psicológicas

		TOTAL		SEXO			
				Mujer		Hombre	
		N	%	n	%	n	%
<i>Depresión BDI.II</i>	Mínimo	277	67.7	146	52.71	131	47.29
	Leve	54	13.2	40	74.07	14	25.93
	Moderado	45	11.0	30	66.67	15	33.33
	Grave	33	8.1	25	75.76	8	24.24
<i>Síntomas de Depresión CESD-R</i>	Sin depresión	354	86.6	196	55.37	158	44.63
	Con depresión	55	13.4	45	81.82	10	18.18
<i>Ideación suicida</i>	Sin ideación	348	85.1	192	55.17	156	44.83
	Con ideación	61	14.9	49	80.33	12	19.67
<i>Pensamientos Automáticos Negativos</i>	Nunca o casi nunca	343	83.9	191	55.69	152	44.31
	Muy a menudo	66	16.1	50	75.76	16	24.24

Por otro lado, en la Tabla 3 se puede observar que, en lo referente a las diferencias entre sexos, la sintomatología depresiva ($X^2= 13.76$, $p \leq 0.05$), los pensamientos automáticos negativos ($X^2= 9.21$, $p \leq 0.05$) y la ideación suicida ($X^2= 13.57$, $p \leq 0.05$) presentaron asociación positiva con diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, sin embargo el grado de dicha asociación se considera baja ($V=0.18$ - $p \leq 0.05$; $V=0.15$ - $p \leq 0.05$ y $V=0.18$ - $p \leq 0.05$, respectivamente). De la misma forma se observa que la presencia de síntomas de depresión se asoció con los pensamientos automáticos negativos ($X^2= 195.51$, $p \leq 0.05$), y con la ideación suicida ($X^2= 127.97$, $p \leq 0.05$), donde el grado de asociación va de moderado a intenso ($V=0.68$ - $p \leq 0.05$ y $V=0.55$ - $p \leq 0.05$, respectivamente). Por último, los pensamientos negativos se asociaron con la ideación suicida ($X^2= 129.47$, $p \leq 0.05$) habiendo una relación lineal positiva relativamente intensa entre estas variables ($V=0.68$ - $p \leq 0.05$ y $V=0.56$ - $p \leq 0.05$, respectivamente)

Tabla 3. Variables psicológicas y sexo

	SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN		PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS		SEXO	
	X^2	P	X^2	P	X^2	P
<i>Síntomas de depresión</i>	----- -	----- -	195.51	<0.001	13.76	<0.001
<i>Pensamientos Automáticos Negativos</i>	195.51	<0.001	----- -	----- -	9.21	<0.001
<i>Ideación suicida</i>	127.90	<0.001	129.47	<0.001	13.57	<0.001

A su vez, en el análisis comparativo se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) entre mujeres y hombres con respecto a los pensamientos automáticos negativos y depresión, sin embargo, al hablar de ideación suicida, no hay diferencias entre estos ($p = 0.222$) (**Tabla 4**). Así mismo, respecto a la relación entre síntomas depresivos y puntuaciones medias en las variables pensamientos negativos (56.35 vs 10.95; $t = 11.846$; $p < 0.001$; $d = 2.17$) e ideación suicida (12.45 vs 3.51; $t = 7.177$; $p < 0.001$; $d = 1.26$), se obtuvieron puntuaciones medias significativamente superiores, entre aquellos que presentaron depresión (**Tabla 5**).

Tabla 4. Puntuaciones medias en variables psicológicas y sexo

VARIABLE	SEXO						
	Mujeres (n= 241)		Hombres (n= 168)		t	p	d
	M	(DT)	M	(DT)			
<i>Inventario de Depresión de Beck: BDI-II</i>	13.11	11.74	9.08	9.03	3.916	<0.001	0.38
<i>Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos: CESD-R</i>	33.68	23.78	24.56	15.96	4.643	<0.001	0.45
<i>Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Negativos: ATQ-30</i>	20.98	24.47	11.43	13.72	5.026	<0.001	0.48
<i>Escala de ideación suicida de Beck: ISB</i>	5.00	6.51	4.30	5.08	1.222	0.222	0.11

Tabla 5. Puntuaciones medias en variables psicológicas y síntomas de depresión

VARIABLE	Síntomas de depresión						
	Con depresión (n= 55)		Sin depresión (n= 354)		t	p	d
	M	(DT)	M	(DT)			
<i>Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Negativos: ATQ-30</i>	56.35	28.08	10.95	11.11	11.846	<0.001	2.13
<i>Escala de ideación suicida de Beck: ISB</i>	12.45	9.09	3.51	4.22	7.177	<0.001	1.26

Por otra parte, en los diferentes factores que componen la escala de pensamientos automáticos negativos, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) entre hombre y mujeres. Observando que la relación entre el sexo y las puntuaciones medias en el Factor 1 (8.57 vs 3.99; $t = 4.822$; $p < 0.001$; $d = 0.46$), Factor 2 (5.50 vs 3.51; $t = 4.555$; $p < 0.001$; $d = 0.44$) y Factor 3 (6.90 vs 3.93; $t = 4.924$; $p < 0.001$; $d = 0.48$) fueron puntuaciones superiores en las mujeres, corroborando que los hombres son los que presentan menos pensamientos negativos (Tabla 6).

Tabla 6. Puntuaciones medias de los factores del ATQ-30 respecto al sexo

Factores del ATQ-30	Sexo						
	Mujeres		Hombres		t	p	d
	M	(DT)	M	(DT)			
<i>Factor 1. Disgusto consigo mismo y con su circunstancia</i>	8.57	12.77	3.99	6.18	4.822	<0.001	0.46
<i>Factor 2. Culpa y juicio negativo de otros hacia su persona</i>	5.50	5.15	3.51	3.70	4.555	<0.001	0.44
<i>Factor 3. Sensación de ineficiencia</i>	6.90	7.38	3.93	4.78	4.924	<0.001	0.48

Finalmente, en las Figuras 1 y 2 se observa que cuando hay presencia de sintomatología depresiva, los pensamientos automáticos y la ideación suicida se elevan. Destaca que en la

Figura 1 se utilizó la escala de depresión CESD-R y en la Figura 2 la escala de depresión de DBI-II donde en ambas figuras dichos comportamientos son similares, pudiendo predecir la ideación si hay depresión y pensamientos negativos y observando que el sexo femenino es el más afectado.

Figura 1. Relación entre la sintomatología depresiva (CESD-R), pensamientos automáticos e ideación suicida.

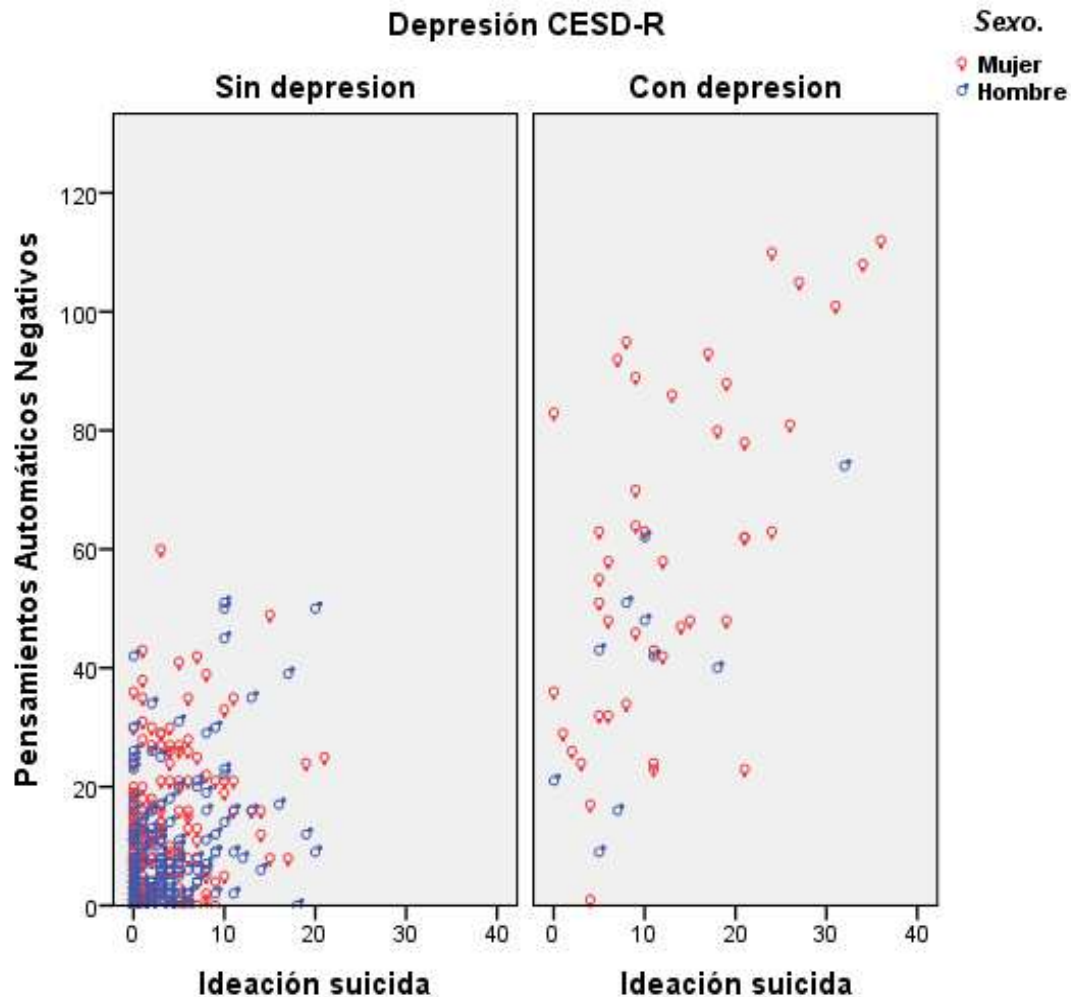
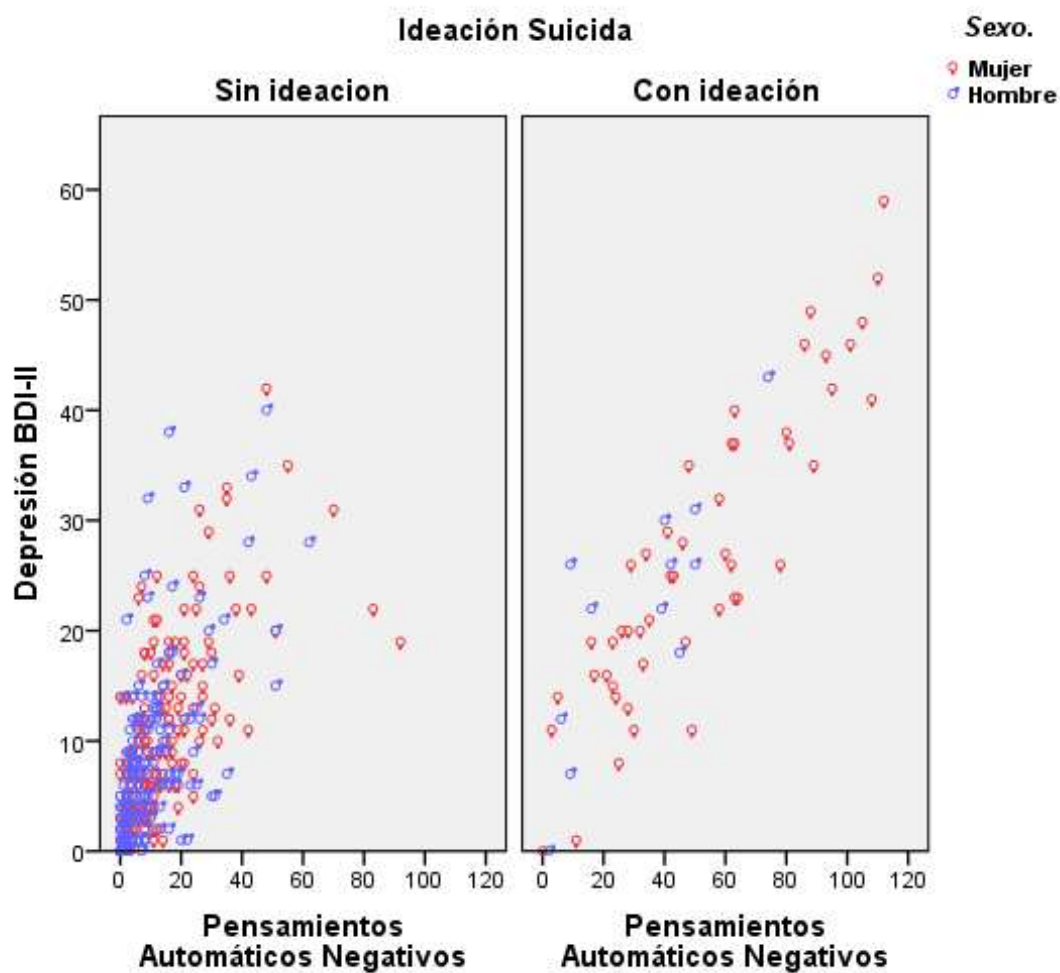


Figura 2. Relación entre depresión (BDI-II), pensamientos automáticos e ideación suicida.



8. DISCUSIÓN GENERAL

El estudio de la ideación suicida es un tema complejo sobre todo cuando se presenta en la adolescencia, ya que se ven involucrados diferentes factores personales, biológicos, genéticos y psicológicos. Para esta investigación, se consideró pertinente abordar el tema de la ideación suicida mediante la posible influencia de la sintomatología depresiva y los pensamientos automáticos negativos sobre la misma. Este tema cuenta con evidencia empírica al involucrar a la depresión y al suicidio, sin embargo, en México existe escasa o nula información respecto a la interacción de las tres variables que aquí se consideraron. Dicha investigación, tomó como base la teoría cognitiva de Beck (6).

Por lo que el objetivo de esta investigación fue analizar la asociación entre los síntomas de depresión y los pensamientos automáticos negativos con la ideación suicida en adolescentes estudiantes de nivel medio superior.

En este apartado se discuten los resultados obtenidos respondiendo a la pregunta de investigación.

¿Existirá una asociación entre los síntomas de depresión y los pensamientos automáticos negativos con la ideación suicida en adolescentes estudiantes de nivel medio superior?

Esta investigación encontró una asociación lineal positiva entre los síntomas de depresión, y los pensamientos automáticos negativos con la ideación suicida. En este sentido no existe evidencia empírica del estudio de estas tres variables en un mismo momento, sin embargo, por separado se ha encontrado que la depresión de alguna manera puede favorecer las ideas respecto al suicidio (79,80,81).

Por otro lado, esta investigación resalta el análisis de los pensamientos negativos, los cuales tuvieron una prevalencia de 16,1% reflejando una tendencia hacia el género femenino, en el sentido de que son las mujeres las que experimentan con mayor frecuencia disgusto consigo mismas y sensación de ineficiencia, existiendo una gran diferencia en comparación con los hombres. Dicho resultado se asemeja con el del estudio realizado por Gómez Marquet (82), en el que señala que las mujeres presentan con mayor frecuencia ideas catastróficas y negativas de sí mismas. Así mismo, otro sostiene que los pensamientos negativos en las mujeres expresan una visión insatisfactoria de sí mismas, autculpa y desesperanza (33). En

este último estudio se propone además una relación entre los pensamientos negativos y la depresión, corroborando en esta investigación dicho supuesto, pues se observó una fuerte relación entre ambas variables (<0.001).

Así mismo, se encontró que 13.4% de la muestra presentaba sintomatología depresiva, si bien estos datos son menores a los reportados en otros estudios que utilizaron la misma escala, los cuales determinaron que 14.5% (83) de la población joven tenía depresión y otro con 15.6% (45) de adolescentes de preparatoria con presencia de síntomas depresivos, la prevalencia que aquí se obtuvo continua siendo preocupante. Además, las características particulares de la escala de depresión de Beck reflejan que 8.1% ($n=33$) de la muestra presentaba depresión grave. Al respecto un estudio que utilizó el BDI encontró 9% de adolescentes de población no clínica con depresión grave (84).

Tales resultados son alarmantes, ya que en México y en muchos otros países, la depresión es la enfermedad mental más prevalente en jóvenes y adultos con una mayor proporción de casos entre las mujeres (79). En este sentido, este estudio, reafirma la vulnerabilidad femenina, pues 81,8% de los jóvenes con síntomas de depresión eran mujeres.

Si bien los trastornos depresivos son más prevalentes en las mujeres, en los hombres sus consecuencias pueden tener repercusiones más graves que en las mujeres (85). Ya que el estigma hacia los síntomas de la depresión en los hombres puede conducir a tratar de enmascararlos, teniendo como resultado conductas de alto riesgo como el suicidio, pues las mujeres presentan mayores tasas de ideación suicida e incluso de intentos de suicidio, pero los hombres tienen consecuencias más letales, al consumir el acto suicida (86).

En este sentido Silva (86) utiliza la Escala Peykel de Ideación Suicida, contrastando los resultados obtenidos con los de este estudio, el cual empleó la Escala de Ideación Suicida de Beck, obteniendo una prevalencia de ideas de suicidio de 14,9%, destacando que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a la ideación suicida, por lo que la diferencia entre ambos resultados podría estar vinculada al uso de los diferentes instrumentos para la determinación del fenómeno.

9. CONCLUSIONES GENERALES.

9.1. Conclusiones

Los resultados anteriores permiten concluir lo siguiente:

- Se encontró una prevalencia de 13.4% de síntomas de depresión y 8.1% de depresión grave en adolescentes estudiantes de bachillerato.
- La prevalencia de depresión fue mayor en mujeres que en hombres.
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de depresión en hombres y mujeres adolescentes, siendo las mujeres quienes registran un puntaje más alto.
- La prevalencia de pensamientos automáticos negativos fue de 16.1%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres.
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de los pensamientos negativos en hombres y mujeres adolescentes, siendo las mujeres quienes registran un puntaje más alto.
- Las adolescentes presentan con mayor frecuencia disgusto consigo mismas y sensación de ineficiencia, lo que repercute en la frecuencia de los pensamientos negativos.
- Se encontró que los pensamientos automáticos negativos son los que explican en mayor medida los síntomas de depresión.
- La prevalencia de ideación suicida fue de 14.9%, siendo las mujeres las que presentan mayor ideación.
- No hay evidencia que demuestre diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de la ideación suicida en mujeres y hombres adolescentes.
- Existe una asociación lineal positiva entre síntomas de depresión y pensamientos automáticos negativos con la ideación suicida en adolescentes estudiantes de medio superior.

9.2. Limitaciones

Se debe tener en cuenta y reconocer que existen limitaciones en primer lugar, debido al grado a la naturaleza transversal de este tipo de estudios no se puede demostrar causalidad; es decir, los resultados únicamente indican asociación estadística. Sería necesario completar este estudio con otros longitudinales que permitan demostrar la causa del suicidio

Una segunda limitación es que en el presente estudio solo se evaluó la presencia de depresión y pensamientos automáticos negativos, sin tener en cuenta otro tipo de variables biopsicosociales que pudieran influir en el desarrollo y mantenimiento de ideas suicidas.

Otra limitante es que la evaluación de la sintomatología depresiva fue a través de encuestas estructuradas, por lo que es necesario contar con entrevistas clínicas que permitan determinar un diagnóstico más certero. Finalmente, los resultados obtenidos en las escalas de evaluación no se pueden generalizar a adolescentes de población en general o a jóvenes que estudian en escuelas privadas.

9.3. Recomendaciones

Se sugiere realizar estudios donde podamos conocer directamente la situación individual, familiar y social del adolescente, pudiendo obtener mayor información y así saber identificar específicamente los factores socioculturales y familiares que intervienen y se relacionan en la problemática de este; por lo que en estudios futuros se deberán evaluar en qué medida las variables de este estudio interactúan con otras variables identificadas en otras investigaciones previas como, factores de riesgo para el desarrollo de pensamientos automáticos negativos, síntomas de depresión e ideación suicida en adolescentes.

También es importante continuar con la revisión de escalas y cuestionarios aplicados en este estudio ya que se observó que son un buen instrumento psicométrico que puede ayudar identificar variables cognitivas como los pensamientos automáticos negativos que pudieran influir en el desarrollo e instauración de los síntomas de depresión y estos a su vez en desarrollo de ideas respecto a cometer suicidio, esto con la finalidad de realizar una prevención temprana en esta etapa de la vida.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez-Sosa JC, Villarreal-González M, Musitu G, Martínez- Ferrer B. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*. 2010; 19(3): p. 279-287.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Deaths by cause, age and sex 2000-2012. [Online].; 2014 [cited 2018 Septiembre 8. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
3. INEGI. Serie de estadísticas vitales, Mortalidad. [Online].; 2017 [cited 2018 Septiembre 11. Available from: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas vitales: Salud mental y depresión. [Online].; 2017 [cited 2018 Septiembre 13. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
5. Estramiana J, Garrido A, Schweiger I. Causas sociales de la depresión: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*. 2010; 68(2): p. 333-348.
6. Beck A, Rush J, Shaw B, y Emery R. *Terapia cognitiva de la depresión* Bilbao: Desclée de Brouwer; 1979.
7. Agudelo D, Casadiegos C, Sánchez D. Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Colombia Journal of Psychological Research*. 2008; 1(1): p. 34 – 39.
8. Pérez-Amézcuca B, Rivera-Rivera L, Atienzo E, Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*. 2010; 52(4): p. 324-333.
9. Mengual E, y Izeddin D. Suicidios, la Epidemia del Siglo XXI. [Online].; 2012 [cited 2018 Octubre 9. Available from: <http://www.elmundo.es/elmundo/2011/10/27/espana/1319712105.htm>.

10. CIE-10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.. [Online].; 1992 (10ª edición, 2015) [cited 2017 Septiembre 7. Available from: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf.
11. Durkheim E. El suicidio Madrid: Akal editor; 1976.
12. McAuliffe CM. Suicidal Ideation as an Articulation of Intent: A focus for Suicide Prevention. Archives of Suicide Research. 2002; 6(4): p. 325-338.
13. Sánchez-Loyo LM, Morfín-López T, García de Alba García JE, Quintanilla-Montoya R, y Hernández-Millán R.. Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. Acta de Investigación Psicológica. 2014; 4(1): p. 1446-1458.
14. Secretaría de Salud (SSA). Desafíos para el sistema mexicano de salud. ENSANUT 2001-2005. 2006;: p. 152-153.
15. Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Garrido. Epidemiología de la conducta suicida en México. En Informe Nacional sobre Violencia y Salud. 2006;: p. 205-236.
16. Hernández-Bringas HH, Flores-Arenales R. El suicidio en México. Papeles de población. 2011; 17(68): p. 69-101.
17. Cheng-Tao M, Riley L, Kann L, Ye L, Tian X, Tian B, Hu J. y Che. Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. Child: care, health and development. 2009; 35: p. 313-322.
18. Rosale-Pérez JC, Córdoba-Osnaya M, Ramos-Clatempa R. Ideación suicida en estudiantes mexicanos. Psicología y Salud. 2012; 22(1): p. 63-74.
19. González-Forteza C, Juárez-López CE, Montejo-León LA, Oseguera-Díaz G, Wagner-Echegaray FA, y Jiménez-Tapia A. Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche. Acta Universitaria. 2015; 25(2): p. 29-34.
20. Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco M, Cebriá A, Babilondo A, et.al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths

- and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2016 Noviembre; 1(17).
21. Au A, Lau S, y Lee M. Suicide ideation and depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept. *Adolescence*. 2009; 44: p. 851-868.
 22. Garlow S, Rosenberg J, Moore J, Haa A, Koestner B, Hendin H. y Nemeroff C. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American foundation for suicide prevention college screening project at memory University. *Depression and Anxiety*. 2008; 25: p. 482-488.
 23. McLaren S, y Challis C. Resilience among men farmers: the protective roles of social support and sense of belonging in the depression-suicidal ideation relation. *Death Studies*. 2009; 33: p. 262-276.
 24. Coffin N, Álvarez M, y Sánchez-Sosa A. Depresión e Ideación Suicida en Estudiantes de la FESI: Un Estudio Piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2010; 14(4): p. 341- 354.
 25. Hintikka J, Koivumaa-Honkanen H, Lehto S, Tolmunen T, Honkalampi K, Haatainen K. y Viinamaki H. Are factors associated with suicidal ideation true risk factors, A3-year prospective follow-up study in a general population? *Sociological Psychiatric Epidemiology*. 2009;(44): p. 29-33.
 26. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. [Online].; 2018 [cited 2018 Agosto 17].
 27. Vázquez-Vega D, Piña-Pozas M, González-Forteza C, Jiménez-Tapia A. y Mondragón Barrios L. La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. *Acta Universitaria*. 2015; 25(2): p. 62-69.
 28. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. 2016.
 29. Borges G, Orozco R, y Medina-Mora ME. Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México*. 2012; 54(6): p. 595-606.
 30. Mondragón L, Borges G, y Gutiérrez R. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*. 2001; 24(6): p. 4-15.

31. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, y Fleiz C. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México.. *Salud Mental*. 2009; 32(5): p. 413-425.
32. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, y Nock M. Suicide Ideation, Plan, and Attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008; 47(1): p. 41-52.
33. Estévez A, y Calvete E. Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *European Journal of Psychological Assessment*. 2009 Junio; 25(1): p. 27-35.
34. Quiceno J. y Vinaccia S. Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2014; 14(2): p. 155-170.
35. Pardo G, Sandoval A, y Umbarila D. Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*. 2004;(13): p. 13-28.
36. Riveros M, Hernández H, y Riviera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios en Lima metropolitana. *Revista de Investigación Psicológica*. 2007; 10(1): p. 91-102.
37. Sánchez-Hernández O, Méndez X, y Garber J. Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión.. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2014; 19(1): p. 63-76.
38. Ferreira E, Granero R, Noorian Z, Acosta K. R, y Domènech-Llaberia E. Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2012; 17: p. 123-135.
39. Méndez J, Olivares J, y Ros CM. Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia.. In Simón EVECyMA, editor. *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Pirámide; 2001. p. 139-185.
40. American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. V ed. Barcelona: Masson; 2013.

41. Medina-Mora M, Borge G, Lara C, Benjat C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L. y Aguilar-Gaxiola S. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental de México*. 2008; 26(4): p. 1-16.
42. Galicia-Moyeda I. Sánchez A, y Robles F. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de psicología*. 2009 Diciembre; 25(2): p. 227-240.
43. King M. B, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, Torres-Gonzalez F. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe: The PREDICT study. *British Journal of Psychiatry*. 2008; 192: p. 362-367.
44. Salgado R. La depresión será la causa principal de morbilidad en 2020. *Gaceta UNAM*. 2008 Febrero 25; 7(4052).
45. Veytia M, Fajardo R, Guadarrama R, y Escutia N. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes.. *Salud Mental*. 2012; 35(1): p. 37-43.
46. Piña BU, Alvarado AK, Deveze MA, Durán E, Padilla-Vaca F, Mendoza-Macías CL. Evaluación de hábitos de salud e identificación de factores de riesgo en estudiantes de la División de Ciencias Naturales y Exactas (DCNE), unidad Noria Alta, Universidad de Guanajuato Mexico. *Acta Universitaria*. 2015; 25(447): p. 68-76.
47. Grunbaum J, Kann L, Kinchen S, Ross J, et al. Youth risk behavior surveillance: United States 2003, Morbidity and mortality weekly report. *Surveillance Summaries*. 2004; 53: p. 1-96.
48. Hicks BM, DiRago AC, Iacono WG, y McGue M. Gene environment interplay in internalizing disorders: Consistent findings across six environmental risk factors. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. 2009; 50(10): p. 1309-1317.
49. Hoyos E, Lemos M, y Torres Y. Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*. 2012; 5(1): p. 109-121.
50. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud para los adolescentes del mundo. *Estadísticas vitales*. [Online].; 2014 [cited 2018 Septiembre 19. Available

from:http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf.

51. Veytia M, Fajardo R, Guadarrama R, y Escutia N. Inteligencia Emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato. *Informes Psicológicos*. 2016; 16(1): p. 35-50.
52. Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género: CEAMEG. Salud mental: diagnostico estadístico sobre la depresión y el estrés en las mujeres mexicanas. ; 2013.
53. Harkness K, Alavi N, Monroe SM, Slavich G, et al. Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *Journal of Abnormal Psychology*. 2010; 119(4): p. 791-803.
54. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, et al. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescent mental health survey. *Journal Child Psychol Psychiatry*. 2009; 50(4): p. 386-395.
55. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders* Madison, WI: International Universities Press; 1976.
56. Beck JS. *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Publications; 1995.
57. Wills F, y Sanders D. *Cognitive Therapy. Transforming the image*. London: Sage Publications; 1997.
58. Madewell J, y Shaughnessy M. An Interview with Judith Beck About Cognitive Therapy. *North American Journal of Psychology*. 2009; 11(1): p. 29-36.
59. Camacho JM. *El ABC de la terapia cognitiva*; 2003.
60. Calvete E, Estévez A, López de Arroyabe E, y Ruiz, P. The schema questionnaire short form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*. 2005; 21(2): p. 91-100.
61. Kendall PC. *Behavioral assessment and methodology*. New York: Guilford Press; 1984.

62. Schwartz RM, y Garamoni GL. Cognitive balance and psychopathology: Evaluation of an information processing model of positive and negative states of mind. *Clinical Psychology Review*. 1989; 9: p. 271-294.
63. Fernández N, y Merino H. Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes.. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2001; 6(2): p. 121-127.
64. Eguiluz-Romo, LdL, Ayala-Mira, M. Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana* [Internet]. 2014;22(2):72-80. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133938134009>
65. Carvajal G, y Virginia CV. Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá. [Online].; 2011 [cited 2016 Noviembre 11. Available from: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/3121>.
66. Kessler R, Berglund P, Borges G, Nock M y Wang PS. Trends in Suicide Ideation, Plans, Gestures and Attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *American Medical Association*. 2005; 293(20): p. 2487-2495.
67. Ceballos-Ospino G, Suarez-Colorado Y, Suescún-Arregocés J, Gamarra-Vega L, Gonzalez K, y Sotelo-Manjarres A. Ideación suicida, depresión y autoestima en Adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*. 2015 Junio; 12(1): p. 15 – 22.
68. Álvarez ZM, Ramírez JB, Silva RA, Coffin CN, y Jiménez RL. Relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2009; 9(2): p. 205-216.
69. Salud pública. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. [Online].; 2013 [cited 2017 Septiembre 12. Available from: <http://www.insp.mx>.
70. INEGI. Depresion, Serie de estadísticas vitales. [Online].; 2013 [cited 2016 Septiembre 11. Available from: <http://www.inegi.org.mx>.
71. Beck A, Steer A, y Brown K. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck. II ed. USA: Paidós; 1996.

72. Sanz J, Perdigón A, y Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*. 2003; 14(3): p. 249-280.
73. Radloff LS. The CES-D Scale: a self report depression scale for research in the general population. *Appl Psychological Measurement*. 1977; 1: p. 385-401.
74. Gozalez-Forteza C, Jimenez-Tapia JA, Ramos-Lira L, Wagener F. Aplicación de la escala de depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública*. 2008; 50: p. 292-299.
75. Hollon SD, y Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*. 1980; 4(4): p. 383- 395.
76. Mera-Rosales A, Hernández-Pozo MdR, Gómez-Reséndez JL, Ramírez-Guerrero N, Mata-Mendoza MdlÁ. Características psicométricas del cuestionario de pensamientos automáticos negativos (ATQ-30) en población mexicana. *Journal of Behavior Health & Social Issues*. 2011; 3(2).
77. Beck AT, y Kovacs M. Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979; 47(2): p. 343-352.
78. González-Macip S, Díaz-Martínez A, Ortiz-León S, González-Forteza C, y González-Núñez. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*. 2000 abril; 23(2): p. 21-30.
79. González-Forteza C, Hermosillo de la Torre AE, Vacio-Muro MdA, Peralta R, y Wagner FA. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 2015; 72(2): p. 149-155.
80. Castro-Díaz S, Gómez-Restrepo C, Gil F, Uribe-Restrepo M, Miranda C, De la Espriella M, et al. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2013; 43(1): p. 27-35.

81. Organización Mundial de la Salud. Cada año fallecen más de 1,2 millones de adolescentes por causas que, en su mayor parte, podrían evitarse; 2017. [Online].; 2017 [cited 2018 Agosto 6. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/detail/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>
82. Gómez-Maquet Y. Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2007; 39(3): p. 435-447.
83. González-Forteza C, Solís-Torres C, Jiménez-Tapia A, Hernández-Fernández I, González-González A, Juárez García F, et al. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior en la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2011; 34(1): p. 9-53.
84. Beltran M, Freyre MÁ y Hernández L. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*. 2012; 30(1): p. 5-13.
85. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio Solana R, Ortuño-Sierra J, Sánchez-García MÁ, et al. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2018; 11(2): p. 76-85.
86. Silva D, Valdivia M, Vicente B, Arévalo E, Dapelo R, y Soto C. Intento de suicidio **Unsu** y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista pp de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2017; 22(1): p. 33-42.

ANEXOS



ANEXO 1

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS MÉDICAS
CUERPO ACADÉMICO: BIOÉTICA Y SALUD MENTAL



CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIANTES MENORES DE EDAD

Se te hace una atenta invitación, para participar en la investigación: **“SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR”** como parte del Proyecto **“RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL, CYBERBULLYING E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR”**
Responsables del proyecto: Dra. Marcela Veytia López y Lic. Psic. Gabriela Secundino Guadarrama.

Objetivo del proyecto: Detectar factores psicológicos positivos que apoyen como elementos protectores para problemas de salud mental como los síntomas de depresión, pensamientos automáticos negativos e ideación suicida. Ya que se ha identificado que los adolescentes que presentan síntomas de depresión y no se diagnostica ni se atiende oportunamente; son más susceptibles de presentar embarazos no deseados, trastornos de alimentación, bajo rendimiento académico, violencia e ideas de suicidio entre otros padecimientos.

Tu participación consiste en: Contestar los cuestionarios que serán proporcionados por el grupo de estudiantes de psicología de la Facultad de Ciencias de la Conducta, bajo la supervisión de la Lic. En Psicología Gabriela Secundino Guadarrama y Dra. Marcela Veytia López, en tu salón de clases, en la hora y fecha establecida previamente con las autoridades de tu escuela preparatoria.

Para que puedas participar en este proyecto: Además de que tú digas "SI" es necesario contar con la **autorización de tu padre o tutor**, si ellos no están de acuerdo, entonces no se te aplicara ningún cuestionario.

No representa ningún riesgo para ti, ni para tu familia si participas en este proyecto, el beneficio es que si tú lo solicitas al correo elihay_wodchris@hotmail.com podrás contar con un diagnóstico una vez evaluados los cuestionarios, y en caso de presentar algún problema de salud mental de inmediato se te dará a conocer el resultado para que puedas ser canalizado a la institución de salud a la que estás afiliado.

El equipo de investigación está integrado por profesionales del Cuerpo Académico “Bioética y Salud Mental” pertenecientes al Centro de Investigación en Ciencias Médicas. Si tienes alguna comunícate con la Dra. Marcela Veytia López al teléfono (722) 2-19-41-22 ext. 104.

La información que se emite en los cuestionarios será confidencial, los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación y **NADIE** más la conocerá. Se entregará un informe general en el plantel, sin mencionar **NUNCA** los nombres de los participantes

Los resultados de los cuestionarios: Se usarán con fines estadísticos y de investigación, esta información será publicada en revistas científicas guardando el anonimato de los participantes.

ASENTIMIENTO INFORMADO

Dejo constancia de que he leído y comprendido el documento informativo, que se me han aclarado las características del proyecto, que han sido resueltas mis dudas y que si mis padres lo autorizan, y yo estoy de acuerdo, podré participar en la investigación **“SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR”** como parte del Proyecto **“RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL, CYBERBULLYING E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR”**

Se me entrega copia de esta carta de asentamiento informado.

Toluca, México a _____ de _____ 20_____.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS MÉDICAS
CUERPO ACADÉMICO: BIOÉTICA Y SALUD MENTAL



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRE O TUTOR DE ESTUDIANTE
 Se solicita atentamente la participación de su hijo/a para participar en el proyecto de investigación **“SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR”** como parte del Proyecto **“RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL, CYBERBULLYING E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR”** Responsables del proyecto: Dra. Marcela Veytia López y Lic. Psic. Gabriela Secundino Guadarrama.

Objetivo del proyecto: Detectar factores psicológicos positivos que apoyen como elementos protectores para problemas de salud mental como los síntomas de depresión, pensamientos automáticos negativos e ideación suicida. Ya que se ha identificado que los adolescentes que presentan síntomas de depresión y no se diagnostica ni se atiende oportunamente; son más susceptibles de presentar embarazos no deseados, trastornos de alimentación, bajo rendimiento académico, violencia e ideas de suicidio entre otros padecimientos.

La participación de su hijo/a consiste en contestar los cuestionarios que serán proporcionados por el grupo de estudiantes de psicología de la Facultad de Ciencias de la Conducta, bajo la supervisión de la Lic. En Psicología Gabriela Secundino Guadarrama y Dra. Marcela Veytia López, en tu salón de clases, en la hora y fecha establecida previamente con las autoridades de tu escuela preparatoria

Para que su hijo/a pueda participar en este proyecto: Además de que usted diga " SI" es necesario contar con la **autorización de su hijo/a**, si él o ella no está de acuerdo, entonces no se le aplicara ningún cuestionario.

No representa ningún riesgo para su hijo/a, ni para su familia si él/ella participa en este proyecto, el beneficio es si lo solicita al correo elihay_wodchris@hotmail.com podrá contar con un diagnóstico una vez evaluados los cuestionarios, en caso de presentar algún problema de salud mental de inmediato se les dará a conocer el resultado para que pueda ser canalizado a la institución de salud a la que este afiliado.

El equipo de investigación está integrado por profesionales del Cuerpo Académico “Bioética y Salud Mental” pertenecientes al Centro de Investigación en Ciencias Médicas. Si tienes alguna comunicate con la Dra. Marcela Veytia López al teléfono (722) 2-19-41-22 ext. 104.

La información que se emite en los cuestionarios será confidencial, los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación y NADIE más lo conocerá. Se entregará informe general en el plantel, sin mencionar NUNCA los nombres de los participantes.

Los resultados de los cuestionarios: Se usarán con fines estadísticos y de investigación, esta información será publicada en revistas científicas guardando el anonimato de los participantes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dejo constancia de que he leído y comprendido el documento informativo con los datos de la investigación por lo que **SI AUTORIZO** para que mi hijo/hija pueda participar en la investigación contestando cuestionarios de la investigación “SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR” como parte del Proyecto “RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL, CYBERBULLYING E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR.”

Toluca, México a ____ de _____ 20____.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

26. Cual (es) _____
27. ¿A qué edad consumiste droga por primera vez? _____
28. ¿Has sufrido algún tipo de violencia?.....1) SI 2) NO
29. Si tu respuesta es afirmativa ¿Qué tipo de violencia has sufrido?, en caso de ser necesario, puedes marcar más de una opción.
- 1) Física 2) Psicológica 3) Sexual 4) Económica 5) Otra: _____
30. ¿Quién te ha violentado?
- 1) Mi padre 2) Mi madre 3) Hermanos 4) Amigos 5) Pareja 6) Otros
31. ¿En los últimos seis meses te has sentido triste o deprimido?1) SI 2) NO
32. ¿En los últimos seis meses te has sentido angustiado?.....1) SI 2) NO
33. ¿En los últimos seis meses has tenido ideas o pensamiento de suicidio?.....1) SI 2) NO
34. En los últimos seis meses ¿has intentado suicidarte?.....1) SI 2) NO
35. En caso de ser afirmativo ¿Cuántos intentos has tenido? _____
36. ¿En qué ocupas tu tiempo libre?
- 1) escuchar música 2) leer un libro 3) ir al cine 4) salir con amigos 5) pasar tiempo solo

BDI- II

INSTRUCCIONES: El cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor lee con atención cada uno de ellos y, a continuación, señala cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que te has sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Rodea con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que hayas elegido. Asegúrate de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste habitualmente.
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2. Me siento triste continuamente.
- 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo.

- 0. No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2. No espero que las cosas mejoren.
- 3. Siento que mi futuro es desesperanzador.

3. Sentimientos de fracaso.

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que debería.
- 2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3. Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de placer.

- 0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de culpa.

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de castigo.

- 0. No siento que este siendo castigado.
- 1. Siento que puedo ser castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo.

- 0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1. He perdido confianza en mí mismo.
- 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3. No me gusta.

8. Auto- Críticas.

- 0. No me critico o culpo más que antes.
- 1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2. Critico todos mis defectos.
- 3. Me Culpo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos de suicidio.

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2. Me gustaría suicidarme.
- 3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto.

- 0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1. Llora más de lo que solía hacerlo.
- 2. Llora por cualquier cosa.
- 3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación.

0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de interés.

0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.
1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
3. Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión.

0. Tomo decisiones más o menos como siempre.
1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
2. Tengo mucha más dificultad de tomar decisiones que de costumbre.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad.

0. No me siento inútil.
1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
2. Me siento inútil en comparación con otras personas.
3. Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de energía.

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía de la que solía tener.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable constantemente.

21. Pérdida de interés en el sexo.

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

16. Cambios en el patrón del sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño
- 1a. Duermo algo más de lo habitual
- 1b. Duermo algo menos de lo habitual
- 2a. Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3a. Duermo la mayor parte del día.
- 3b. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad.

0. No estoy más irritable de lo habitual.
1. Estoy más irritable de lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
3. Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el apetito.

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b. Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.
- 3a. He perdido completamente el apetito.
- 3b. Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de concentración.

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como siempre.
2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
3. No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga.

0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

CES-D-R

INSTRUCCIONES: A continuación, hay una lista de emociones y situaciones que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor escribe durante cuántos días en la semana pasada te sentiste así, o si te ocurrió casi diario en las últimas dos semanas

Durante cuántos días...		(0 días)	(1 a 2 días)	(3 a 4 días)	(5 a 7 días)	(10 a 14 días)
		0	1	2	3	4
1.	Tenía poco apetito					
2.	No podía quitarme la tristeza					
3.	Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo					
4.	Me sentía deprimido(a)					
5.	Dormía sin descansar					
6.	Me sentía triste					
7.	No podía seguir adelante					
8.	Nada me hacía feliz					
9.	Sentía que era una mala persona					
10.	Había perdido interés en mis actividades diarias					
11.	Dormía más de lo habitual					
12.	Sentía que me movía muy lento					
13.	Me sentía agitado(a)					
14.	Sentía deseos de estar muerto(a)					
15.	Quería hacerme daño					
16.	Me sentía cansado(a) todo el tiempo					
17.	Estaba a disgusto conmigo mismo(a)					
18.	Perdí peso sin intentarlo					
19.	Me costaba mucho trabajo dormir					
20.	Era difícil concentrarme en las cosas importantes					
21.	Me molesté por cosas que usualmente no me molestan					
22.	Sentía que era tan bueno(a) como otra gente					
23.	Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo					
24.	Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro					
25.	Pensé que mi vida ha sido un fracaso					
26.	Me sentía temeroso(a)					
27.	Me sentía feliz					
28.	Hablé menos de lo usual					
29.	Me sentía solo(a)					
30.	Las personas eran poco amigables					
31.	Disfruté de la vida					
32.	Tenía ataques de llanto					
33.	Me divertí mucho					
34.	Sentía que iba a darme por vencido(a)					
35.	Sentía que le desagradaba a la gente					

ATQ-30.

INSTRUCCIONES: En el cuestionario se indican una serie de pensamientos que pasan por la cabeza de las personas. Por favor, lee cada pensamiento y tacha con qué frecuencia dicho pensamiento te ha ocurrido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**.

ÍTEMS	NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTE A MENUDO	MUY A MENUDO	CASI SIEMPRE
	0	1	2	3	4
1. Tengo la sensación de estar en contra del mundo.					
2. No soy bueno (a).					
3. Me pregunto ¿Por qué no tengo éxito jamás?					
4. Nadie me comprende.					
5. He dejado plantada a la gente.					
6. Creo que no voy a poder continuar.					
7. Ojalá fuese mejor persona.					
8. Soy muy débil.					
9. Mi vida no marcha como yo quisiera.					
10. Estoy decepcionado(a) conmigo mismo (a).					
11. Nada me parece bien.					
12. Ya no soporto más esto.					
13. No puedo empezar o iniciar mis actividades.					
14. Pienso que algo está mal en mí.					
15. Ojalá estuviese en otro lugar.					
16. No puedo organizar mi vida.					
17. Me odio.					
18. Soy un (a) inútil.					
19. Ojalá pudiera desaparecer.					
20. Me pregunto a mí mismo ¿Qué es lo que me pasa?					
21. Soy un(a) perdedor (a).					
22. Mi vida es un problema.					
23. Soy un (a) fracasado (a).					
24. Nunca voy a conseguirlo.					
25. Me siento indefenso (a).					
26. Algo va a tener que cambiar en mí.					
27. Debe haber algo mal en mí.					
28. Mi futuro es poco esperanzador.					
29. Nada vale la pena.					
30. No puedo acabar nada.					

ISB

INSTRUCCIONES: En el cuestionario se indican una serie de ideas/deseos que pasan por la cabeza de las personas. Por favor, lee cada una y encierra con un círculo con qué frecuencia dichas ideas/deseos, te han ocurrido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**.

<p><u>1. Deseo de vivir.</u> ()</p> <p>()</p> <p>0. Moderado a fuerte. 1. Poco (Débil). 2. Ninguno (No tiene).</p>	<p><u>11. Razones para pensar/desear el intento suicida.</u> ()</p> <p>()</p> <p>0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza. 1. Combinación de 0-2. 2. Escapar, acabar, salir de problemas.</p>
<p><u>2. Deseo de morir.</u> ()</p> <p>()</p> <p>0. Ninguno (No tiene). 1. Poco (Débil). 2. Moderado a fuerte.</p>	<p><u>12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento.</u> ()</p> <p>()</p> <p>0. Sin considerar. 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles. 2. Detalles elaborados / bien formulados.</p>
<p><u>3. Razones para Vivir/Morir.</u> ()</p> <p>()</p> <p>0. Vivir supera a morir. 1. Equilibrado (es igual). 2. Morir supera a vivir.</p>	<p><u>13. Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.</u> ()</p> <p>()</p> <p>0. Método no disponible, no oportunidad. 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente. Ninguno (No tiene). 2. Método y oportunidad disponible. 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.</p>
<p><u>4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo.</u> ()</p> <p>()</p> <p>0. Ninguno (inexistente). 1. Poco (Débil). 2. Moderado a fuerte.</p>	<p><u>14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.</u> ()</p> <p>()</p> <p>0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente. 1. No está seguro de tener valor. 2. Está seguro de tener valor.</p>
<p><u>5. Deseo pasivo de suicidio.</u> ()</p> <p>()</p> <p>0. Tomaría precauciones para salvar su vida. 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.</p>	<p><u>15. Expectativa/ anticipación de un intento real.</u> ()</p> <p>()</p> <p>0. No. 1. Sin seguridad, sin claridad. 2. Sí.</p>

<p>2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.</p> <p><u>6. Duración.</u> ()</p> <p>()</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Breves, periodos pasajeros. 1. Periodos largos. 2. Continuos (Crónicos), casi continuos. <p><u>7. Frecuencia.</u> ()</p> <p>()</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Rara, ocasionalmente. 1. Intermitente. 2. Persistentes y continuos. 	<p><u>16. Preparación real.</u> ()</p> <p>()</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna. 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos). 2. Completa. <p><u>17. Nota Suicida.</u> ()</p> <p>()</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna. 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar. 2. Escrita. Terminada.
<p><u>8. Actitud hacia los pensamientos/deseos.</u> ()</p> <p>()</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Rechazo. 1. Ambivalente; indiferente. 2. Aceptación. <p><u>9. Control sobre la acción/deseo de suicidio.</u> ()</p> <p>()</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Tiene sentido de control. 1. Inseguridad de control. 2. No tiene sentido de control. <p><u>10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar).</u> ()</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No lo intentaría porque algo lo detiene. 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen. 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. 	<p><u>18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).</u> ()</p> <p>()</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No. 1. Sólo pensados, arreglos parciales. 2. Terminados. <p><u>19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.</u> ()</p> <p>()</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Revela las ideas abiertamente. 1. Revela las ideas con reservas. 2. Encubre, engaña, miente. <p><u>20. Intento de suicidio Anteriores.</u> ()</p> <p>()</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No. 1. Uno. 2. Más de uno.

21. En los últimos seis meses ¿has salido de vacaciones?..... 1) SI 2) NO

22. Cuando sales de vacaciones ¿Qué lugares te gusta visitar?

1) la playa 2) ciudades 3) museos 4) parques de diversiones 5) áreas verdes

