



**Factores de riesgo cognitivos asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios**

Johan Sebastián Vallejo Zapata

Juan Esteban Herrera Gallego

Diego Andrés Villegas Flórez

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogos

Asesor

Juan Felipe Velásquez Jaramillo MSc en Psicología

Universidad de Antioquia  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Psicología  
El Carmen de Viboral, Antioquia, Colombia  
2022

<b>Cita</b>	(Vallejo Zapata, et al., 2022)
<b>Referencia</b>	Vallejo Zapata, J. S., Herrera Gallego, J. E., & Villegas Florez, D. A. (2022). <i>Factores de riesgo cognitivos asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios</i> [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, El Carmen de Viboral, Colombia.
<b>Estilo APA 7 (2020)</b>	



Biblioteca Seccional Oriente (El Carmen de Viboral)

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes

**Decano/Director:** John Mario Muñoz Lopera

**Jefe departamento:** Alberto Ferrer Botero

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## **Dedicatoria**

Dedicado a la vida, que nos permitió gozar de esta maravillosa experiencia de coincidir y ampliar nuestro horizonte vital a través de la investigación, el saber, la amistad y la risa. Dedicado a quienes creyeron en nosotros y nos sirvieron de sostén en aquellos momentos en los cuales nuestra fortaleza flaqueó. Y, sobre todo, dedicado a la juventud latinoamericana que sobrelleva día a día el peso de la existencia en una sociedad abominable plagada de desigualdades e injusticias, pero que, aún así, decide cada mañana darle continuidad a su vida y caminar hacia la utopía de un mundo mejor.

## **Agradecimientos**

Agradecemos a nuestras familias por apoyarnos e incentivarnos a lo largo de todo este trayecto, a nuestros compañeros de estudio y profesores por hacer parte imprescindible de nuestra formación académica, y en especial, agradecemos a nuestra querida alma máter, la Universidad de Antioquia, la cual impregnó nuestro ser con su fundamento social y humano que la caracteriza, aquella que nos permitió vislumbrar la crítica y la proposición como herramientas de transformación social y la misma que nos sirvió de casa, sueño e idilio.

## Tabla de Contenido

Resumen.....	7
Abstract.....	8
1 Planteamiento del problema de investigación .....	9
2 Justificación.....	14
3 Objetivos de la investigación.....	16
3.1 Objetivo general .....	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4 Marco teórico.....	17
4.1 Conceptualización del suicidio.....	17
4.2 Conceptualización de la conducta suicida.....	18
4.3 Ideación suicida.....	19
4.4 Factores de riesgo generales asociados a la IS .....	21
4.4.1 SARS-CoV-2 como factor de riesgo asociado a la IS .....	25
4.4.2 Factores cognitivos generales asociados a la IS .....	27
4.4.3 Factores cognitivos centrales .....	28
5 Metodología.....	33
5.1 Población.....	33
5.2 Diseño de investigación .....	34
5.3 Instrumentos .....	35
5.3.1 Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI).....	35
5.3.2 Escala de desesperanza de beck (BHS) .....	35
5.3.3 Inventario de la tríada cognitiva (CTI) .....	36
5.3.4 Escala de autoeficacia para la depresión en adolescentes (EADA).....	37
5.4 Protocolo .....	38
5.5 Análisis de datos.....	40
5.6 Consideraciones éticas .....	40
6 Resultados.....	42

6.1	Resultados descriptivos .....	42
6.2	Correlaciones y Comparativos .....	43
7	Discusión .....	47
7.1	Sociodemográficos .....	47
7.2	Comparación entre grupos .....	48
7.2.1	Semestre y créditos matriculados.....	48
7.2.2	Religión y creencia espiritual como factores protectores .....	49
7.2.3	Afectaciones psicológicas y emocionales por la pandemia de SARS-CoV-2 ...	51
7.2.4	Factores de riesgo asociados a la IS.....	52
7.3	Limitaciones y consideraciones para futuras investigaciones.....	54
8	Conclusión.....	56
	Referencias.....	57

## Lista de Tablas

<b>Tabla 1</b> Matriz De Correlación .....	44
<b>Tabla 2</b> Comparación de grupos entre semestres.....	45
<b>Tabla 3</b> Comparación de grupos-creencia religiosa y/o espiritual.....	46

### **Resumen**

La conducta suicida se puede entender como toda acción producida con el propósito de quitarse la vida, incluye cualquier intención, ideación o pensamiento que pueda culminar en la muerte. En la conducta suicida, el factor de mayor prevalencia es la ideación suicida, entendida como el cúmulo de pensamientos que enuncian un deseo o intención, de morir. El estudio contó con un diseño no experimental de tipo transversal-descriptivo correlacional, cuyo objetivo es analizar la relación entre la ideación suicida y los factores de riesgo cognitivos en una muestra de 105 estudiantes con edades entre 18 y 25 años, pertenecientes a la Universidad de Antioquia Seccional Oriente; utilizando los instrumentos psicométricos Inventario de ideación suicida positiva y negativa, Escala de Desesperanza de Beck, Inventario de la Triada Cognitiva, y la Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes. El plan de análisis de datos consistió en un análisis correlacional de los resultados obtenidos en cada instrumento, en el que se comparó y analizó la ideación suicida con los otros factores de riesgo cognitivos, con el fin de observar si existen relaciones entre ellos. Se encontró que la ideación suicida se asoció de manera estadísticamente significativa con los demás factores de riesgo, la prevalencia de IS fue del 14,2% y de desesperanza del 6,6%, como conclusión se hace pertinente tener en cuenta la promoción de factores protectores para la prevención de la ideación suicida en la comunidad universitaria, ya que esta es la primera manifestación en el espectro de la conducta suicida.

*Palabras Clave:* Ideación Suicida, Factores de riesgo cognitivos, Suicidio, Conducta suicida, Estudiantes universitarios, Desesperanza, Autoeficacia, Triada Cognitiva.

### **Abstract**

Suicidal behavior can be understood as any action produced with the purpose of taking one's own life, including any intention, ideation or thought that may culminate in death. In suicidal behavior, the most prevalent factor is suicidal ideation, understood as the accumulation of thoughts that express a desire or intention to die. The study had a non-experimental transversal-descriptive correlational design, whose objective is to analyze the relationship between suicidal ideation and cognitive risk factors in a sample of 105 students aged between 18 and 25 years, belonging to the Universidad de Antioquia Seccional Oriente; using the psychometric instruments Positive and Negative Suicidal Ideation Inventory, Beck Hopelessness Scale, Cognitive Triad Inventory, and the Self-Efficacy Scale for Depression in Adolescents. The data analysis plan consisted of a correlational analysis of the results obtained in each instrument, in which suicidal ideation was compared and analyzed with the other cognitive risk factors, to observe if there are relationships between them. It was found that suicidal ideation was statistically significantly associated with the other risk factors, the prevalence of SI was 14.2% and hopelessness 6.6%, as a conclusion it is pertinent to consider the promotion of protective factors for the prevention of suicidal ideation in the university community, since this is the first manifestation in the spectrum of suicidal behavior.

*Keywords:* Suicidal Ideation, Cognitive risk factors, Suicide, Suicidal Behavior, University Students, Hopelessness, Auto efficacy, Cognitive Triad.

## 1 Planteamiento del problema de investigación

El suicidio es un problema de salud pública, que a nivel mundial se encuentra en aumento. Para 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) registraba que la mortalidad por el suicidio se había incrementado cerca del 60% en los últimos 45 años, y el mayor índice de registros de suicidio, pasó de personas de edad avanzada, a la población joven (Caballero, Restrepo, y Suárez, 2016). En adición, la OMS (2019) reporta que en el mundo se suicida 1 persona cada 40 segundos, ascendiendo la cifra anual a 800.000 suicidios; siendo la segunda causa de defunción en las edades comprendidas entre los 15 a los 29 años.

En los jóvenes ha aumentado en los últimos años y los países latinoamericanos no son la excepción (Casullo et al. citado en Díaz, Pérez y Rozo, 2014). “En el caso de Colombia, el suicidio es responsable del 12% de las muertes en la adolescencia” (Kaplan y Sadock citado en Cáceres, Guzmán y Sánchez, 2005). Publicaciones reportan que las muertes por suicidio pueden llegar hasta el 15%, es decir, una de cada siete muertes en este grupo de edad se debe a suicidio (Reifman y Windle en Sánchez, Cáceres y Gómez, 2002). Por su parte, en Antioquia en el periodo 2000-2010 se suicidaron 693 adolescentes, la tasa de suicidios en población adolescente se ubicó en 5.7 muertes por cada 100.000 adolescentes (Díaz et al., 2014).

Para el año 2015, el fenómeno del suicidio mostró una tendencia al aumento, como lo indican los siguientes datos estadísticos: el 12.3% de los colombianos ha tenido ideas suicidas, el 4.1% ha planeado su suicidio y el 4.9% lo ha intentado. Se encontró que el evento más frecuente dentro de la conducta suicida es la ideación (Robledo citado en Bruges, Caballero, y Suárez., 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Estas conductas suicidas se presentan a menudo en estudiantes universitarios, por las nuevas experiencias de vida de los mismos, confrontados con importantes presiones sociales, personales, económicas y académicas (Caballero et al., 2016). “Se ha establecido que carreras como Psicología, Medicina, Ciencias de la Nutrición y Derecho pudieran tener prevalencias de IS superiores a la población general o a estudiantes de otras carreras” (Barradas, Castillo, Rodríguez, Rodríguez y Santiesteban, 2017).

En la conducta suicida, el factor de mayor prevalencia en los estudiantes universitarios es la ideación suicida (de ahora en adelante IS), en Santander se registró un riesgo del 7.5%, un 5.1% en Santa Marta, 41% en Caldas, 18% en estudiantes escolares y universitarios de Pasto, 31% en Tunja, de 4.45% al 13% en Bogotá, y 16% en Medellín (Caballero et al., 2016).

Además, para el año 2020, con la aparición del virus SARS-CoV-2 (Covid-19) se hace necesario considerar y tener en cuenta sus efectos en la salud mental de la población mundial. Existen antecedentes que dan cuenta de que las muertes por suicidio aumentaron en EE. UU. durante la influenza de 1918–1920 y en las personas mayores en Hong Kong durante la epidemia del SARS de 2003 (Cheung, Chau y Yip, 2008). En esta misma vía, se deduce que los suicidios aumentan en los contextos de pandemia, a medida que crecen las comorbilidades psicológicas (Cheung et al., 2008). En estudios revisados por Barbisch, Koenig y Shih (2015) en situaciones de pandemia, como el caso de Covid-19 y SARS (2003), se encontró signos de un aumento de la conducta suicida.

En relación con los jóvenes, Loades y compañía (2020) mencionan que es probable que las características de los contextos de pandemia como el distanciamiento y el cierre de centros educativos provoque mayor soledad en jóvenes cuyo contacto social más común se ve restringido por las medidas de prevención de la pandemia. A su vez, estos mismos autores proponen que la soledad es una experiencia emocional dolorosa, que genera una discrepancia entre el contacto social real y el deseado. Aunque el aislamiento, no necesariamente se expresa en soledad, más de un tercio de los jóvenes han informado altos niveles de soledad y casi la mitad de estos de las edades entre 18 y 24 años se sienten solos durante el encierro (Loades, Chatburn, Higson, Reynolds, Brigden, Linney, Niamh, Borwick, Crawley, 2020). Se encontró que la soledad en jóvenes universitarios es un predictor de IS independiente de la depresión, las razones para vivir y los eventos negativos de la vida (Rich y Bonner, 1987 citados en Lasgaard, Goossens y Elklit, 2011).

Luego de revisar el contexto de pandemia junto a la IS, se encontró que a esta última se asocian ciertos factores de riesgo, los cuales incrementan la posibilidad de su aparición y persistencia en el tiempo. La salud y el bienestar se ven afectados por múltiples factores; aquellos relacionados con la mala salud, la discapacidad, la enfermedad o la muerte se conocen como factores de riesgo.

La mayoría de estudios revisados han encontrado la existencia de algunos factores de riesgo asociados a la IS: El género ha sido uno de estos, se ha hallado que las mujeres presentan mayor prevalencia de IS en comparación con los hombres; en cuanto al estado civil, los estudios demuestran que las personas solteras presentan mayores niveles de IS (Calvo, Sánchez y Tejada, 2003; Siabato y Salamanca, 2014); otro factor de riesgo que mencionan los autores es tener un diagnóstico asociado a la depresión, el cual incrementa el riesgo en la aparición de IS

(Coffin, Álvarez, y Marín, 2011; Sánchez et al., 2002; Villalobos-Galvis, 2009a; Siabato y Salamanca, 2014; Castro et al., 2013; Vidal, Ruiz y Mejía, 2019; Franco et al, 2017, Calvo, et al., 2003); se ha encontrado también relación entre la IS y la dependencia emocional, evidenciando que las personas emocionalmente dependientes son más vulnerables a la IS (Kisch, Leino, y Silverman, 2005, Siabato y Salamanca, 2014); por otra parte, las personas que enfrentan eventos vitales estresantes como desastres naturales, violaciones y situaciones de violencia, son más susceptibles a presentar IS (Osman, Gutiérrez, Kopper, Barrios, y Bagge, 2000; Calvo, Sánchez, y Tejada, 2003; Villalobos-Galvis, 2009a; Siabato y Salamanca, 2014; Franco et al., 2017); asimismo, las personas que se aíslan socialmente o son consumidoras de sustancias psicoactivas, especialmente de alcohol, dan cuenta de mayor riesgo de IS, y además, los intentos previos de suicidio, antecedentes de suicidio consumado en la familia y presencia de otros trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia y la ansiedad, son factores de riesgo a tener en cuenta (Calvo et al., 2003; Sánchez, Cáceres y Gómez, 2002; Fuentes, Gonzalez, Castaño, Hurtado, Ocampo, Paez, Pava, Zuluaga, 2009). Finalmente, los autores han encontrado que las personas con orientación homosexual tienen una prevalencia significativa de IS, sin embargo, no se especifica su relación, y también, estos han documentado que la ausencia de prácticas religiosas está asociada con la aparición de IS (Santos, Marcon, Espinoza, Baptista y Paulo, 2017).

En la presente investigación se centra el interés y se recalca la importancia de estudiar los factores de riesgo cognitivos asociados a la IS más que los factores de riesgo psicosociales, patológicos, sociales, ambientales, médicos, genéticos, comunicacionales, etc, por ejemplo, los presentados anteriormente. Como lo mencionan Rosales, Córdova y Ramos (2013), se le ha dado menor importancia a la investigación del componente cognitivo a pesar de su relevancia al momento de ayudar a explicar la activación del proceso suicida y, por consiguiente, contribuir al desarrollo de métodos para la detección, atención y prevención del proceso suicida desde su inicio.

En las diversas investigaciones revisadas se han identificado tres factores de riesgo cognitivos relevantes que se asocian con la IS: En los estudios realizados con población joven colombiana se ha encontrado que la desesperanza y la triada cognitiva negativa (Toro, Grajales y Sarmiento, 2016), y la baja autoeficacia (Cortina, Peña y Gómez, 2009), son factores de riesgo cognitivos asociados a la IS.

La desesperanza es fundamentalmente una creencia según la cual se considera un futuro no viable y de problemas que nunca se podrán resolver, donde la persona percibe una imposibilidad de lograr algo en el presente o el futuro, además de constantes imposibilidades, lo cual genera resignación y abandono de ambiciones y sueños (Toro et al., 2016). Se entiende como creencias negativas respecto al futuro al esquema cognitivo que potencia sesgos para atender y procesar estímulos de forma distorsionada, lo que llevaría a percibir el suicidio como la única salida, generando IS (Wenzel y Beck, 2008).

Estudios empíricos han comprobado que la desesperanza tiene poder predictivo para conducta suicida letal y no letal (Wenzel, Berchick, Tenhave, Halberstadt, Brown y Beck, 2011). En un estudio comparativo entre pacientes deprimidos que habían intentado suicidarse y pacientes deprimidos sin intentos suicidas, Malone, Oquendo, Haas, Ellis, Li y Mann (2000) encontraron que los pacientes del primer grupo presentaban mayores índices de desesperanza. En otro estudio realizado en Bogotá-Colombia, Toro y compañía (2016) encontraron que la IS es más probable que se presente en personas con desesperanza, visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, como componentes cognitivos de la depresión según el modelo explicativo de Beck sobre este trastorno.

Respecto a la Triada Cognitiva Negativa, desde el modelo cognitivo tradicional, la interpretación que la persona hace de sí misma, el mundo y el futuro, es lo que origina y mantiene la depresión (Beck, 1976). Son tres percepciones distorsionadas: pensamientos negativos sobre sí mismo, una consideración de un mundo cruel e impetuoso, y un futuro caótico sin esperanza (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). En un estudio realizado en la ciudad de Bogotá-Colombia con 90 personas con un promedio de edad de 24 años, se encontró en los resultados nueva evidencia que afirma que la IS es más probable que se presente en personas con visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, tal como lo plantea el modelo explicativo de la depresión, en el cual la triada cognitiva negativa se manifiesta en las primeras instancias de la conducta suicida (Toro et al., 2016). Wenzel, Brown y Beck (2009) afirman que esto lleva a que la persona considere que todo en la vida es negativo y que no hay razón para afrontar las adversidades, por ello la depresión se ha considerado como un predictor significativo de llegar a cometer actos suicidas.

En cuanto a la autoeficacia, fue Albert Bandura quien introdujo el concepto y es entendida como los juicios o expectativas de una persona para poder realizar alguna tarea de la mejor manera y con un buen resultado. La autoeficacia en sus niveles más altos es tomada por

varios autores como factor protector de la conducta suicida, mientras que los bajos niveles de autoeficacia como factores de riesgo para esta última; Palacios (2015) menciona que la autoeficacia tiene una estrecha relación con las conductas de riesgo, demostrando la evidencia de que a mayor nivel de autoeficacia, hay una menor involucración en conductas de riesgo, y que por el contrario, si hay bajos niveles de autoeficacia, la persona incurrirá más fácilmente en conductas de riesgo para la salud; Buendía (2004) menciona que la autoeficacia en la adolescencia y la juventud tiene un valor importante y que actúa como factor protector cuando se realizan autoevaluaciones positivas de eficacia, aunque también cuando hay bajos niveles de autoeficacia, esta puede funcionar como factor de riesgo cuando facilita que se hagan valoraciones negativas o disfuncionales de situaciones problemáticas que traigan consigo un aumento del riesgo suicida.

Por su parte, Jiménez, Carballo, Cano y Marín (2014), quienes realizaron un estudio en pacientes alcohólicos, mencionan en los resultados que los sujetos que mostraron riesgo suicida se ven a sí mismos con bajos niveles de autoeficacia para afrontar y manejar situaciones en las que puedan tener una recaída, y además, identifican un mayor número de situaciones peligrosas. Finalmente, Villalobos (2009), Cortina, Peña y Gómez (2009) en sus estudios concuerdan con que los bajos niveles de autoeficacia están asociados a la conducta suicida en todo su espectro. En síntesis, todos estos estudios demuestran que la baja autoeficacia tiene relación con los componentes de la conducta suicida, y que, además, elevar los niveles de autoeficacia podría actuar como un factor protector a tener en cuenta en posibles intervenciones.

Al analizar los datos y la información proveniente de diversas investigaciones, se evidencia que los tres factores cognitivos de interés para este estudio tienen relación con la aparición y mantenimiento de la IS. Además, se encontró que la población joven universitaria está en mayor riesgo de presentar IS. Por ello, se hace necesario evaluar los factores de riesgo cognitivo en esta población, con estudiantes de edades entre los 18 y 25 años, para identificar la aparición de los factores que se asocian a la presencia de IS. De lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se asocian la desesperanza, la triada cognitiva negativa y la baja autoeficacia con la IS, en estudiantes de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente?

## 2 Justificación

El suicidio es un tema que todavía causa estupor, siendo una problemática real que impacta, en su mayoría, a una población de gran importancia, como son los jóvenes. En Colombia, el 12% de las muertes en adolescentes son por suicidio, 1 de cada 7 muertes es por esta causa. Tan solo en Antioquia en el periodo 2000-2010 se suicidaron 693 adolescentes, por lo que la tasa de suicidios en población adolescente se ubicó en 5,7 muertes por cada 100.000 adolescentes. Las cifras en el Oriente Antioqueño según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, para 2018 mostraron que 53 personas se suicidaron, y la cifra total para el departamento de Antioquia fue de 436 casos de suicidio (DANE, 2018). Respecto al intento de suicidio la cifra es de 4.227 personas reportadas, con una tasa de 64,7 por cada 100.00 habitantes, la mayoría de estos casos está concentrado en la población joven, en los adolescentes de 10 a 25 años. La tasa más alta de intento de suicidio la presenta la región de Oriente con 84,9 por cada 100.000 habitantes, seguida de la región del Norte con 75,7 por cada 100.000 habitantes, en tercer lugar, se encuentra la región del Valle de Aburrá con 73,8 por cada cien mil habitantes, y en cuarto lugar está la región de Suroeste con 69,5 por cada cien mil habitantes. Siendo así que 31 municipios están en riesgo crítico, por presentar tasas mayores que 78,7 por cada 100.000 mil habitantes, las tasas de estos municipios oscilan entre 79,2 y 251,2 por cada 100.000 habitantes (Caracol Radio, 2017).

Conociendo estas cifras del Oriente Antioqueño, se reconoce que es una problemática en auge y de suma pertinencia investigativa, y con mayor razón, en la segunda sede más grande de la Universidad de Antioquia, La Seccional Oriente, que para el 2020-1 tiene matriculados 2.400 estudiantes de forma presencial y 439 de forma virtual, tan solo en pregrado, y en postgrado tiene 86 estudiantes matriculados. Sería trascendental establecer un primer precedente con relación a esta temática en esta institución, donde solo se ha realizado un evento de gran magnitud sobre este tema, la Cátedra Regional Abierta en el primer semestre del año 2019. El propósito de la investigación es realizar un análisis a partir del diagnóstico que se obtenga para la Seccional Oriente, que permita dar cuenta de los factores de riesgo cognitivos asociados a la aparición de IS. Como se ha mencionado antes, es una problemática pública de salud mental a nivel mundial que recae aún más sobre los jóvenes, los cuales, en su mayoría, componen la población universitaria.

Se constituye a su vez, como un valioso aporte a la región debido al incremento de los casos de suicidios en el oriente antioqueño en municipios cercanos a la universidad y de los

cuales provienen los estudiantes. Las cifras de suicidio de cada municipio por cada 100.000 habitantes son las siguientes: En Rionegro 14.02, en Marinilla 8.06, en El Retiro 16.81, en Guarne 13.37 y en La Ceja 12.14, estos datos son del año 2017 (Unidad de Datos El Tiempo, 2018), para el caso de los municipios de El Santuario, El Carmen de Viboral y La Unión las cifras para el año 2015 fueron de 17.93, 10.55 y 11.55 respectivamente (Rodriguez, 2016).

La investigación aporta a la identificación de factores de riesgo que se relacionan con el suicidio y en qué medida se presentan en la población universitaria, para así posteriormente ayudar a implementar intervenciones que prevengan esta problemática de salud pública mundial. Los beneficiados directamente serán tanto los estudiantes de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente y la Coordinación de Bienestar Universitario. Estos beneficios serán datos del estado real del campus universitario, con los cuales se posibilita la implementación de intervenciones que sean eficaces y adecuadamente dirigidas a las necesidades de la población estudiantil de acuerdo con sus programas académicos.

El valor teórico de la investigación consiste en constatar las asociaciones entre los factores de riesgo cognitivos y la IS, debido a que la problemática ha sido poco estudiada y puesta en contexto en Colombia tanto en los jóvenes, como en los universitarios. Se llenará un vacío de práctica investigativa en un tema de salud pública y un vacío investigativo en cuanto a la integración de factores cognitivos asociados a la IS, permitiendo establecer estrategias adecuadas para la prevención del fenómeno.

### **3 Objetivos de la investigación**

#### **3.1 Objetivo general**

Analizar la relación de la IS con la desesperanza, la triada cognitiva negativa y la baja autoeficacia en estudiantes de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Determinar la prevalencia de aparición de la IS en la UdeA Seccional Oriente.
- Identificar la prevalencia de aparición del factor desesperanza en los estudiantes de la UdeA Seccional Oriente.
- Explorar las posibles relaciones entre la desesperanza, la triada cognitiva negativa y la baja autoeficacia.

## 4 Marco teórico

### 4.1 Conceptualización del suicidio

La Organización Mundial de la Salud (2014) define el suicidio como una conducta que reúne ciertas características, un acto con una consecuencia final, cometido por la deliberación de la persona, consiguiendo como resultado su muerte y con el deseo de realizar un cambio vital, cerrando así una situación insoportable para el individuo.

Émile Durkheim (2016) en su libro *El Suicidio*, define este como: “Todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado. La tentativa sería el mismo acto cuando no llega a término y no arroja como resultado la muerte.”

Shneidman (citado en Chávez y Leenaars, 2010), dio una definición de suicidio orientada psicológicamente, diciendo que es un acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado quien tiene un problema y considera este acto como su mejor solución.

Baader, Urra, Millán y Yáñez (2011) definen el suicidio como la conducta autodestructiva que tiene como fin alcanzar la muerte, existiendo allí un elevado deseo de morir y con la creencia y esperanza, de que con el método que elige es posible alcanzar dicha meta. Una definición más reciente y concreta plantea que el suicidio es un acto de renuncia a la propia vida de manera intencional y voluntaria (Lien y Zhang, 2020).

González y otros lo han definido como el acto deliberado en el que un individuo se induce la muerte. Se sabe que el suicidio no corresponde a un solo componente, y que se identifica con diversos elementos que pueden ser o no secuenciales; ideación, gesto, intento y suicidio consumado (González, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina, 1998).

Por la anterior conceptualización y teniendo en cuenta las definiciones de los diversos autores, se entiende que el suicidio es un fenómeno complejo compuesto por varios elementos y cuyo fin es el acto deliberado de morir, persiguiendo un cambio vital para resolver una situación insoportable. En la presente investigación se trabajará específicamente la IS, la cual es un elemento que pertenece al espectro de la conducta suicida que se revisará a continuación.

## 4.2 Conceptualización de la conducta suicida

La conducta suicida es definida como una línea continua observable que va desde la IS, pasando por el intento suicida y finalizando con el acto suicida consumado, es un comportamiento multicausal y complejo, que ha estado presente en todas las épocas históricas y en todas las sociedades. Se manifiesta en una variedad de comportamientos que deben considerarse como un signo de riesgo, este fenómeno puede ser acelerado por diferentes situaciones que llegan a ser eventos desencadenantes (Ministerio de Salud y protección Social, 2014; Manzilla, 2010). El Ministerio de Salud y Protección social (2018) añade que es un conjunto complejo de eventos, que afectan en cualquier edad y condición a la persona, cuando el acto suicida se comete trae consigo serias implicaciones que afectan a la familia, la comunidad y produce efectos duraderos.

Pérez (1999) entiende el comportamiento suicida como un continuo, que empieza desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta. Cañón (2011) define el proceso suicida o también llamado conducta suicida, como un proceso que se da de forma progresiva comenzando por los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, siguiendo con los intentos de suicidio donde se pueden dar varios, en los que en cada intento puede aumentar su letalidad, o incluso, puede ser un solo intento el que lleve al paso final que es quitarse la vida. Las conductas suicidas son entonces todas aquellas que se realizan con el objetivo consciente o inconscientemente de cometer la propia muerte (Manzilla, 2010).

En resumidas cuentas, la conducta suicida es un fenómeno complejo, multidimensional y multicausal, cuya comprensión requiere de un enfoque holístico, que incluya variables biológicas, psicológicas y sociales. Es un concepto poliédrico que no solo se refiere al suicidio consumado, sino también a la ideación y comunicación suicida. En este sentido, se entiende que la conducta suicida abarca diferentes manifestaciones, las cuales oscilan en un gradiente de gravedad que va desde las ideas de muerte e IS hasta el suicidio consumado, pasando por la comunicación (p. ej., amenaza) y el intento suicida. En función de la expresión (ideas de muerte, tentativa, etc.) dentro de este continuum de gravedad, el nivel de riesgo de suicidio consumado para una persona concreta será, teóricamente, mayor (Fonseca, Diez, De La Barrera, Sebastian, Ortuño, Montoya, Lucas, Inchausti, y Pérez, 2020).

La suicidología propone un concepto llamado espectro suicida, planteando que esta conducta pasa por etapas de menor a mayor gravedad, empezando por las ideas, luego los intentos y posteriormente con la muerte por suicidio (Villalobos, 2010). Es por ello que se expone con detalle y profundidad la IS en el siguiente apartado.

### **4.3 Ideación suicida**

La IS es definida como “un conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014). En el 2018 esta misma institución actualizó su definición sobre este fenómeno conceptualizándolo como un cúmulo de pensamientos que enuncian un deseo, intención de morir y son la primera manifestación antes de actuar, puesta de manifiesto a través de amenazas verbales o escritas (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018). Son pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir, es decir, son los pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida (Manzilla, 2010).

Todo el continuo de la conducta suicida empieza con la ideación, que es un marcador de vulnerabilidad y puede desencadenar el intento de suicidio, lo que lleva a la realización de la idea: el suicidio consumado (Gonçalves, da Cruz Sequeira, Duarte y de Freitas, 2016). La IS son los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método, con diversos grados de intensidad y elaboración (Vázquez y Manassero, 2012; Baader, et al., 2011).

La IS hace parte de los componentes del suicidio, junto con la planeación, la preparación, el intento, la ejecución del intento y el suicidio consumado; todos estos elementos están considerados factores de riesgo, y en la medida en que cada uno de estos componentes interactúa en el individuo, su riesgo de suicidio aumenta, ya que estas etapas no se presentan de modo secuencial ni son necesarias todas para acabar con la vida (Ramírez, Flórez, Cardona, Segura, Segura, Muñoz, Lizcano, Morales, Arango y Agudelo, 2018).

Loba y Morales (2016) conciben este fenómeno como una preocupación con pensamientos asociados a acabar con la propia vida y que además aparecen sin razón aparente, la ideación es tenida en cuenta como el primer paso para un posible suicidio, aclarando que aun cuando aparezca, no quiere decir que la persona vaya a suicidarse, sin embargo, es un factor

importante a tener en cuenta. Estos mismos autores mencionan que es la parte del proceso donde se puede brindar ayuda temprana a individuos en riesgo de cometer suicidio, ya que como Bridge, Goldstein y Brent (2006) lo plantean, la IS suele ser considerada como la de menor riesgo dentro del proceso; sin embargo, es la primera manifestación y, por ende, se convierte en un elemento importante para la toma de decisiones orientadas a la identificación y a la prevención del riesgo de intentos y actos consumados.

En adición, se ha conceptualizado la IS como un conglomerado de pensamientos, motivaciones y sentimientos sobre el suicidio, es una representación mental del acto suicida que se presenta cuando la persona piensa, planea o desea cometerlo (Palacios y Ocampo, 2011). Además, hay evidencia del aumento de riesgo de intento de suicidio en el primer año después de la aparición de IS, independientemente de si el plan está o no presente (Nock, Borges, Bromet, Angermeyer, Beautrais, y Bruffaerts, 2008).

La ideación puede variar en tipos y grados, los cuales se manifiestan desde el deseo de morir sin una planeación específica de cómo hacerlo, hasta el deseo de morir de una forma particular con acciones muy concretas (Eguiluz, 2003). Pérez (1999), dentro de la IS identifica varios pensamientos que se pueden presentar de la siguiente manera: 1) El deseo de morir: “No vale la pena vivir”, “Debería morirme”. 2) La representación suicida: “Ayer me imaginé ahorcándome”. 3) La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción: “Me voy a suicidar, no sé cómo, pero lo voy a hacer”. 4) La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico por el momento: “Me voy a matar de cualquier forma, ahorcándome, tirándome de un edificio o con una sobredosis”. 5) La idea suicida con una adecuada planificación es diferente a la ideación y se considera de alto riesgo: “He pensado en ahorcarme en mi cuarto en la mañana, mientras mis padres trabajan”. A esta última también se le conoce como planificación o plan suicida, y puede ser indicador de que la persona está cercana a intentar suicidarse.

Ya que la IS es uno de los primeros pasos para un posible suicidio y un estadio en el cual se puede brindar ayuda temprana, es importante pensar en la prevención del suicidio desde este elemento, comenzando por identificar varios factores de riesgo. A continuación, se expondrán algunos encontrados en la literatura científica.

#### 4.4 Factores de riesgo generales asociados a la IS

La salud y el bienestar se ven afectados por múltiples factores; aquellos relacionados con la mala salud, la discapacidad, la enfermedad o la muerte se conocen como factores de riesgo. Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Los factores de riesgo a menudo se presentan individualmente. Sin embargo, en la práctica, no suelen darse de forma aislada; a menudo coexisten e interactúan entre sí (OMS, 2019).

Hernández y Villareal (2015) dividen los factores de riesgo de la conducta suicida en cuatro grupos: 1) Sociales, como por ejemplo tensión o conflicto social, cambio de posición socioeconómica, problemas con las redes sociales de apoyo, pérdidas personales, pérdida de empleo, catástrofes, desarraigo, aislamiento, exposición al suicidio de otras personas, violencia ambiental, de género y violencia intergeneracional. 2) Familiares (Funcionamiento familiar problemático, alta carga suicida familiar, abandono afectivo y desamparo, familia inexistente, violencia doméstica y abuso sexual). 3) Psicológicos (Intento de suicidio anterior, pérdidas familiares, frustraciones intensas, ansiedad, depresión, baja autoestima, cambio brusco del estado anímico, alteraciones del sueño, abandono personal). 4) Biológicos (Trastornos metabólicos, factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad, edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia, enfermedades y dolor crónico [accidentes vasculares, SIDA, neoplasias, entre otras], enfermedades en fase terminal, trastornos psiquiátricos y deterioro cognitivo).

Existen diversos estudios con estudiantes universitarios en los que se encontraron varios factores de riesgo, en la investigación de Calvo et al. (2003) encontraron como factores relevantes antecedentes de violación y permanecer más de 8 horas solos, además, que las mujeres tienen mayor índice de IS. Como complemento Sánchez et al. (2002) encontró como dato relevante que las mujeres y el maltrato infantil tenían mayor relación en cuanto a la IS y el intento de suicidio. Así mismo, Villalobos (2009a) encontró que la IS es más frecuente en mujeres, en jóvenes entre los 17 y los 24 años, en universitarios y en estudiantes del sector público, y en cuanto a eventos estresantes asociados a esta, encontró la enfermedad mortal, separación de los padres, pérdida de empleo, insultos, humillaciones y problemas emocionales con familiares y conducta suicida en familiares. En conclusión, estos estudios coinciden en que los factores de riesgo más significativos para la IS son los eventos vitales estresantes (violaciones, enfermedades graves y problemáticas familiares), ser mujer, ser joven entre los

17-24 años, estudiar en una institución pública algo relacionado con ciencias humanas, ingeniería o medicina, y presentar antecedentes familiares de suicidio. Un hallazgo importante, que además es relevante para las inquietudes que plantea el presente proyecto, es el correspondiente al programa de pregrado al que pertenecen los jóvenes universitarios, Blandón y compañía evidenciaron que es más prevalente la ideación en estudiantes de psicología, pues el 22,4 % de ellos en este estudio presentaron en el último año IS, esto lo explican los autores porque muchos que cursan esta carrera lo hacen con la esperanza de encontrar solución a sus problemas afectivos y personales (Blandón, Carmona, Mendoza y Medina, 2015).

En la investigación llevada a cabo por Siabato y Salamanca (2014) se encontró como factores importantes asociados a la IS, la depresión, el estado civil y algunos eventos vitales estresantes. En el estudio realizado por Castro et al. (2013) encontraron que la depresión y la visión de estar físicamente enfermo son factores que detonan la IS. Por su parte, Vidal, Ruiz y Mejía (2019) encontraron que la depresión está asociada a la aparición de la IS en jóvenes universitarios.

En el estudio realizado por Franco et al. (2017) encontraron como detonantes o antecedentes del suicidio consumado tres categorías: la primera es la familiar compuesta por desintegración familiar, falta de figura de autoridad y no respeto a la diferencia; la segunda son los antecedentes de enfermedad en donde están los trastornos mentales, consumo de sustancias y antecedentes familiares de suicidio; y la tercera categoría es la de las relaciones interpersonales. Además, encontraron que la vida universitaria y todos los retos que trae consigo también influyen para que se manifieste la IS. En síntesis, la depresión es un factor significativo que posiblemente actúa como detonador en la aparición de IS, sobretodo en jóvenes universitarios; además otros factores como las problemáticas familiares, los antecedentes familiares de trastornos y las relaciones interpersonales, también se asocian al surgimiento de ideas suicidas.

Si bien las relaciones interpersonales cercanas, entendidas en este contexto como las relaciones que se establecen entre el individuo y su grupo familiar, de amigos, pareja, etc., no son un factor cognitivo, lo encontramos como un factor reiterativo que aparece en la diversidad de investigaciones revisadas, interviniendo en la aparición de la IS. En las revisiones se ha encontrado que la ideación aumenta cuando el dolor psicológico o físico excede o abruma la conectividad, las relaciones con los seres queridos o con cualquier sentido, significado o propósito. En Villalobos (2009a) y Calvo et al., (2003) se ha encontrado como un factor

asociado a la IS la soledad o el aislamiento, pasa a ser la ideación de modesta “A veces pienso en estar muerto” a ideación activa “Me mataría ahora mismo” (Klonsky, Saffer y Bryan, 2018).

En otras investigaciones que indagaron por antecedentes/motivos y desencadenantes de la IS se encontró que: problemas de desintegración del núcleo familiar, debidos a cambios en la dinámica, a la prioridad dada por los padres a actividades laborales, económicas y profesionales, a los cambios de residencia y en particular a vivir lejos del hogar para lograr el acceso a la universidad, contribuyeron a ser causantes del suicidio en jóvenes universitarios (Franco et al., 2017).

En estudiantes universitarios se han estudiado factores de riesgo para la IS; las mujeres presentan mayores riesgos de presentar IS en comparación a los hombres, pero no mayores riesgos para presentar suicidio consumado, que es más frecuente en hombres debido a la mayor letalidad en el intento (Calvo et al, 2003; Fuentes et al., 2009); además, otros factores que se relacionan con un mayor riesgo de aparición de la IS son: ser menor de 21 años, ser soltero, no trabajar, tener padres separados y no tener una buena relación con la familia y consigo mismo, ya que las relaciones disfuncionales que se generan en un entorno familiar, podrían considerarse como un predictor de la IS (Blandón et al., 2015). Las mayores frecuencias de ideación se han encontrado en estudiantes que habían realizado al menos un intento de suicidio en su vida, quienes tuvieron a un compañero cercano que cometió suicidio o intento de suicidio, y aquellos que hacen y/u omiten actos que ponen en riesgo la vida (Blandón et al., 2015; Calvo et al., 2003; Fuentes et al., 2009).

El ingreso a la vida universitaria también se considera un factor de riesgo, ya que es un evento estresante, la adaptación del joven a un entorno nuevo implica que asuma cambios significativos en su vida, en sus formas de conocer y alteraciones en su red de apoyo. También se estableció que una relación inadecuada consigo mismo dificulta la autoestima, el autoconcepto y la autoimagen, y esto aumenta 11,57 veces la posibilidad de desarrollar la IS (Blandón et al, 2015).

Así mismo, es posible considerar como factores de riesgo las relaciones disfuncionales que se establecen con figuras significativas, ya que estas no favorecen la confianza y la seguridad emocional, lo que dificulta la formación de la identidad propia y la interacción con el contexto (Blandón et al, 2015). En adición, Fuentes et al. (2009) sugieren que el factor de riesgo en la conducta suicida del niño y del adolescente no es la estructura familiar por sí

misma, sino la calidad de las relaciones familiares; además, encontraron que la disfunción familiar moderada a severa y la decepción amorosa aumentan el riesgo de desarrollar IS.

Varios autores plantean que la presencia de diagnósticos psiquiátricos se relaciona con conductas suicidas en adolescentes (Calvo et al., 2003; Fuentes et al., 2009). Fuentes et al., (2009) exponen que alrededor del 90% de los suicidios consumados en adolescentes se presentan en individuos con algún trastorno mental de base, siendo el trastorno más frecuente la depresión mayor, con más de un 50% de casos. Adicionalmente, otros estudios han encontrado que el 15% de los pacientes diagnosticados con depresión mueren a causa de suicidio (Sánchez et al., 2002); esto demuestra que la presencia de trastornos psiquiátricos, especialmente la depresión, se considera como un factor de riesgo para la conducta suicida en la población adolescente.

Entendiendo que la conducta suicida se plantea como un continuo que incluye el intento, y que este último precede a la ideación, otro factor relevante en la evaluación del riesgo es la historia de intentos de suicidio previos, teniendo en cuenta que cerca de 15 % de los individuos con intentos de suicidio no fatales mueren finalmente a causa del suicidio (Calvo et al, 2003; Sánchez et al, 2002).

Fuentes et al., (2009) mencionan otros factores de riesgo como la desesperanza, los antecedentes de irritabilidad, conductas agresivas e impulsivas que se han relacionado con factores bioquímicos, la presencia simultánea de enfermedades físicas y dolor crónico. Además, Santos y compañía han encontrado que la orientación sexual (homosexualidad y bisexualidad) y la ausencia de prácticas religiosas, se asocian con la presencia de IS, sobre este último explican los autores que orar, meditar y otras manifestaciones de la creencia, contribuyen para el equilibrio de emociones y sentimientos (Santos, Marcon, Espinosa, Baptista y Paulo, 2017).

En suma, los factores de riesgo asociados a la IS concurrentes en la literatura revisada son: pertenecer al género femenino, ser menor de 30 años, vivir solo, estar desempleado, tener problemas financieros, sufrir eventos adversos recientes (p. ej. pérdida del trabajo, muerte de alguien cercano, violación, maltrato infantil), padecer trastornos psiquiátricos (p. ej. depresión, desorden de la personalidad, trastornos del estado del ánimo, trastornos disruptivos) y no vivir con ambos padres biológicos. El consumo concomitante de alcohol, sustancias psicoactivas,

conductas impulsivas o con rasgos de agresividad y la coexistencia de antecedentes familiares de conductas suicidas (Fuentes et al, 2009).

#### **4.4.1 SARS-CoV-2 como factor de riesgo asociado a la IS**

En la historia se ha evidenciado que la morbilidad psiquiátrica aumenta como resultado de una pandemia; por ejemplo, con el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS, por sus siglas en inglés) del 2003, y principalmente en países asiáticos, el 45% de los sobrevivientes que fueron hospitalizados presentó al menos un diagnóstico psiquiátrico (p. ej. depresión, ansiedad y estrés postraumático). Luego en los años 2014 y 2015 tras el brote del Ébola en África, surgieron muchos problemas psiquiátricos y psicosociales a partir del estigma y el aislamiento, y se evidenciaron trastornos mentales en la población general y entre trabajadores de la salud, similares a los que surgieron tras el brote del SARS en el 2003. Posteriormente, con El Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS, por sus siglas en inglés) en 2015, durante el período de aislamiento debido a la epidemia, más del 40% de la población general informó angustia emocional. Es de esperar que la pandemia de Covid-19 también traiga varias consecuencias psiquiátricas a corto y largo plazo (Pires y Berger, 2020).

Pocos estudios han investigado los impactos del Covid-19 y de la cuarentena establecida por los gobiernos en la salud mental de los universitarios, en cuanto a niveles de depresión, ansiedad y estrés (Maia y Días, 2020). En un estudio realizado con 1.210 participantes entre 21 y 30 años, en 194 ciudades de China, el 53,8% de la muestra utilizada clasificó el impacto psicológico como moderado o grave, informando síntomas moderados o severos de ansiedad (28.8%), depresión (16.5%) y estrés (8.1%), con diferencias significativas para las mujeres (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu y Ho, 2020).

Respecto al SARS-CoV-2, en un estudio con 72 casos de suicidios por informes periodísticos se encontró que la mayoría de los casos fueron hombres (N=63) y que la edad de los individuos se ubicó entre 19 y 65 años (Dimple, Quadros, Juzer y Mamun, 2020). Además, este estudio indicó a través de informes periodísticos que los factores causales más comunes reportados fueron: miedo al Covid-19 (N=21), luego la crisis financiera (N=19), además de soledad, ser Covid-19 positivo, conflicto social, presión para estar en cuarentena, los efectos de la pandemia en el estrés laboral, incapacidad de volver a casa después de que se impuso el cierre, la falta de alcohol, etc. (Dimple et al., 2020).

Los resultados confirman un aumento significativo en los trastornos psicológicos (ansiedad, depresión y estrés) entre los estudiantes universitarios durante el período pandémico, en comparación con los períodos normales. Estos resultados están en línea con otros estudios internacionales que analizaron el efecto psicológico de SARS-CoV-2 y otras pandemias (Wang et al., 2020; Weiss y Murdoch, 2020).

La información difundida por los medios de comunicación y la inconformidad por las medidas de contención, posiblemente han contribuido al aumento de los puntajes promedio. Se ha sugerido que el monitoreo de la situación a nivel mundial y el aumento de los casos positivos de Covid-19 parece que han producido niveles de ansiedad, depresión y estrés entre los estudiantes universitarios, a pesar de que esta población juvenil no se configure como un grupo de mayor riesgo en términos de letalidad con el Covid-19 (Weiss y Murdoch, 2020 ; Zhou, Yu, Du, Fan, Liu, Liu, Xiang, ... Cao, 2020).

Los efectos a largo plazo en la pandemia apenas empiezan a surgir, ya existen correlaciones significativas entre una mayor ansiedad por Covid-19 y una mayor IS (Killgore, Cloonan, Emily, Taylor, Fernández, Grandner y Dailey, 2020). Estos autores encontraron que la IS se predice fuertemente por la severidad del insomnio más que por los temores relacionados con la pandemia y mencionan que posiblemente los efectos de las preocupaciones del Covid-19 impactan el sueño. Las personas que temen al virus y creen que puede afectar su vida, desencadenan preocupaciones que provocan dificultad para dormir, lo que aumenta la IS (Killgore et al., 2020).

El bloqueo mundial ha generado un receso en la economía, una crisis económica se aproxima, generando pánico, desempleos masivos, pobreza y falta de vivienda, lo que aumentará el riesgo de suicidio e incrementará las tasas de intentos de suicidios en tales pacientes; igualmente, la incertidumbre de la duración del aislamiento genera desesperanza en el presente y el futuro, haciendo que las personas se sientan sin valor (Thakur y Jain, 2020).

Las personas con antecedentes de pensamientos e IS, trastorno de pánico, estrés y baja autoestima, son fácilmente susceptibles en este momento a pensamientos catastróficos como el suicidio durante esta pandemia viral (Thakur y Jain, 2020). Así mismo, las personas más vulnerables en este momento son aquellos con problemas de salud mental existentes, como la depresión, la soledad y aislamiento, estas personas son más autocríticas, lo que genera en ellos pensamientos suicidas extremos (Thakur y Jain, 2020).

En relación con los jóvenes, es probable que el distanciamiento y el cierre de centros educativos provoque mayor soledad en los adolescentes cuyo contacto social más común se ve restringido por las medidas de prevención de la pandemia. Siendo la soledad una experiencia emocional dolorosa que genera una discrepancia entre el contacto social real y el deseado. Aunque el aislamiento, no necesariamente se transmite en soledad, más de un tercio de los adolescentes han informado altos niveles de soledad y casi la mitad de los jóvenes de entre 18 y 24 años se sienten solos durante el encierro (Loades et al., 2020). Se ha estudiado que la soledad en jóvenes universitarios es un predictor de IS independiente de la depresión, las razones para vivir y los eventos negativos de la vida (Rich y Bonner, 1987 Citado en Lasgaard, Goossens y Elklit, 2011).

#### **4.4.2 Factores cognitivos generales asociados a la IS**

Existen varios estudios con población universitaria en el contexto colombiano en los cuales se encontraron factores cognitivos asociados a la IS (Calvo et al, 2003; Sánchez et al; 2002; Villalobos, 2009a).

Los pensamientos disfuncionales son un factor de riesgo para la IS, se ha encontrado que los pensamientos dicotómicos, la sobregeneralización, la rigidez cognitiva y los estilos atribucionales negativos están asociados a esta (Wenzel y Beck, 2008; Álvarez, Ayala y Bascuñán, 2019). Estos pensamientos se ponen en juego cuando el adolescente se enfrenta a estresores con los que no puede lidiar efectivamente (Wenzel y Beck, 2008).

Otro elemento cognitivo relacionado a la IS es un bajo nivel del autoconcepto que se relaciona a su vez con altos niveles de depresión y desesperanza en los adolescentes (Fergusson, Beautrais y Horwood 2003; Rosselló y Berríos, 2004; Duarté et al., 2012). El autoconcepto se ve sometido a serios conflictos en la transición de la niñez a la adolescencia, una percepción negativa del autoconcepto durante este periodo convierte a los adolescentes en una población en mayor riesgo de presentar IS (Duarté et al., 2012).

En las personas propensas a experimentar IS se ha encontrado que su autoestima está disminuida y concluyen que el suicidio es un camino válido para solucionar sus problemas, negando que esto traiga un riesgo para ellos; son de pensamiento rígido y perfeccionista, con baja tolerancia a las frustraciones y con tendencia a la impulsividad y al enojo, lo que los lleva a aislarse socialmente (Glattli, 2014). Se ha encontrado que la comodidad es la expresión del proceso cognitivo de Baja Tolerancia a la Frustración, constructo propuesto por la Terapia

Racional Emotivo Conductual (TREC), como una tendencia inherente a aquellos que presentan comportamiento suicida (Osnaya, Pérez, Luna y Villanueva, 2013). Todo lo anterior sumado a una tendencia a visualizar las situaciones en términos bipolares extremos (pensamiento dicotómico) y una percepción de “insolubilidad de los problemas” que está presente en jóvenes y niños suicidas (Gómez, 2012).

#### **4.4.3 Factores cognitivos centrales**

Dentro de todos los factores anteriormente revisados en la literatura científica, el interés para esta investigación radica en los siguientes tres factores cognitivos: La Desesperanza, La Triada Cognitiva Negativa y La Baja Autoeficacia.

La desesperanza es entendida como una creencia donde se considera un futuro no viable y de situaciones que no tienen resolución. La persona desesperanzada percibe la imposibilidad de lograr algo en el momento o en el futuro, recalcando constantemente imposibilidades, esto genera el desencanto de sueños y ambiciones, adoptando una postura de resignación. Son entonces personas que tienen cogniciones y expectativas de no poder o no ser capaz de conseguir lo que desean, a su vez también presentan cogniciones sobre sucesos estrepitosos e indeseables a los cuales no podrá enfrentarse eficazmente (Toro, et al., 2016).

En diversas investigaciones se ha determinado que la desesperanza como factor de riesgo, se presenta en mayor intensidad con la IS, causando que se mantenga la IS y el riesgo suicida, lo cual consolida a la desesperanza como un factor importante dentro de la conducta suicida (Cortina, Peña y Gómez, 2009). El modelo de los 3 pasos (en adelante, 3ST), sugiere que la combinación del dolor (generalmente psicológico) y la desesperanza, causa IS (las fuentes de dolor son diversas) castigan y desalientan el comportamiento. El 3ST sugiere que cuando la vida es miserable, aversiva y dolorosa, el ser humano es castigado por comprometerse con ella, lo que genera el deseo de evitarla. Si se tiene esperanza de que el dolor disminuirá con tiempo y esfuerzo, buscando un mejor futuro, el suicidio no será una solución (Klonsky et al., 2018).

Sokero, Eerola, Rytsälä, Melartin, Leskelä, Lestelä y Isometsä (2006) descubrieron que la disminución de la IS está fuertemente asociada con la disminución anterior de los síntomas depresivos, el nivel de desesperanza y ansiedad. La desesperanza, la gravedad de la depresión y la ansiedad son factores de riesgo identificados para el comportamiento suicida. Estos autores

proponen que una disminución en el nivel de desesperanza sería el principal determinante para una disminución en la IS.

La investigación cognitiva sobre suicidio y predicción de riesgos ha desarrollado un modelo de comportamiento suicida en el que la desesperanza es una variable psicológica clave (Beck y Weishaar, 1990). Sokero et al. (2006) realizaron un análisis conjunto y encontraron que la disminución de la depresión y la desesperanza fueron los factores de riesgo independientes significativos. A su vez, hallaron que tanto los síntomas depresivos como la desesperanza tienen una asociación fuerte y consistente con la IS y son factores de riesgo plausibles y teóricamente coherentes para el comportamiento suicida.

Toro y compañía indicaron que los acontecimientos negativos de la vida influyen directamente sobre la desesperanza y el aislamiento, y estos a su vez intervienen de manera positiva sobre el riesgo de cometer actos suicidas (Toro et al., 2016). Igualmente, escalas como el Inventario de Depresión y Desesperanza de Beck han demostrado precisión predictiva en los intentos suicidas (Troister, D'Agata y Holden, 2015). También es lógico que tuviese una correlación convergente con el cuestionario SBQ-R y número de intentos suicidas, puesto que la desesperanza previamente se ha asociado a esos comportamientos (Rueda, Castro, Martínez, Moreno, Martínez y Camacho, 2018).

Todos estos resultados son coherentes con distintas propuestas teóricas que sitúan a la desesperanza como un factor clave, tanto en el desarrollo de la depresión como en la conducta suicida. En síntesis, tal como lo mencionan Inostroza, Cova, Bustos y Quijada (2015) la desesperanza representaría un puente teórico y terapéutico entre los síntomas depresivos y la IS.

El segundo factor que se retoma en la presente investigación se denomina como la Triada Cognitiva Negativa. Según el modelo clásico cognitivo, la depresión tiene su inicio y se mantiene por las interpretaciones que hace la persona de sí misma, del mundo y el futuro. Beck definió como Tríada Cognitiva Negativa a las tres percepciones erróneas que presenta una persona con depresión: una cognición negativa de sí mismo, un mundo despiadado y violento, y un futuro devastador y desesperanzador. Lo que lleva a la persona a considerar que todo en la vida es malo y que no hay razón para luchar, generando depresión la cual se considera la principal causa de conducta suicida (Toro, Grajales, y Sarmiento, 2016).

Mencionan Beck, Rush y Shaw (1979) que la teoría cognitiva que explica el desarrollo y mantenimiento de la depresión ha sido ampliamente aceptada y ha suscitado investigación. Esta teoría explica la idea de que los sujetos deprimidos elaboran un estilo de pensamiento basado en opiniones negativas de sí mismos, el mundo y del futuro. Este estilo de pensamiento compone la triada cognitiva negativa, la cual, según Beck, activa síntomas de la depresión, como la subestimación de habilidades y una autoestima baja (Citado en Pössel, 2009, p. 241).

Un elemento central dentro de esta teoría es el constructo de esquema, el cual sirve a las personas en la interpretación del mundo, cuando estas tienen un esquema negativo, ante la aparición de un estímulo aversivo, procesan con mayor probabilidad la información sobre sí mismo de una manera negativa, caracterizándose por hacerlo de forma sesgada, atendiendo especialmente información negativa e ignorando otro tipo de información, principalmente aspectos positivos o que vayan en contra de sus pensamientos negativos (Beck, 1991 Citado en Sánchez y Vázquez, 2012).

Lo anterior favorece a la aparición de pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro. Por lo tanto, las personas deprimidas tienden a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto personal, de tipo psicológico, moral o físico; estas personas entienden que el mundo les hace demandas exageradas y/o les presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos; y anticipan que sus dificultades y sufrimientos actuales continuarán indefinidamente (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

El modelo teórico de la Terapia Cognitiva fundamentado en la corriente filosófica del estoicismo, parte del supuesto básico de que las personas suelen padecer psicopatologías no por las situaciones en sí, sino por la interpretación que suelen hacer de estas (Beck et al., 1979). En el caso de la conducta suicida, Rush y Beck (Citados en Toro, 2013) afirman que el modelo es una expresión extrema del deseo de escape de lo que parece ser un problema irresoluble o una situación insoportable. Las personas con conducta suicida tienen patrones cognitivos que se caracterizan por filtrar aquella información que se ajuste a su esquema disfuncional, sobreestimando las dificultades que se generan, negando las habilidades propias y enfocando permanentemente la posibilidad de fracaso (Toro, 2013).

La depresión se relaciona positiva y significativamente con el riesgo suicida, IS y desesperanza (Chan, Shamsul y Maniam, 2014); por ejemplo, un estudio que evaluó la IS y distorsiones cognitivas en pacientes con bajo y alto riesgo, encontró que los pacientes con

mayor riesgo presentaban mayores distorsiones, desesperanza y depresión en comparación con los grupos control (Jager, Cunningham, Wenzel, Mattei, Brown y Beck, 2014). En las revisiones sistemáticas se ha encontrado que la depresión grave incrementa 2,2 veces el riesgo suicida de igual manera que la desesperanza (Hawton, Casañas, Comabella, Haw y Saunders, 2013).

Finalmente, otro de los factores determinantes del riesgo suicida que puede llevar a una persona a intentar suicidarse, es el bajo nivel de autoeficacia. El concepto de autoeficacia lo propuso Albert Bandura en el año 1977, haciendo parte su Teoría Social Cognitiva, en sus propias palabras lo define como: “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (p.194). Bardales, Díaz, Jiménez, Terreros y Valencia (2006) la definen como un estado psicológico donde la persona se autoevalúa las capacidades y habilidades de ejecutar una acción en una situación específica y con cierto nivel de dificultad previsto anteriormente; por su parte Choi (2004), y Luszczynska, Scholz y Schwarzer (2005) coinciden en que la Autoeficacia es una competencia estable, amplia y propia del sujeto, que va a determinar qué tan efectiva puede ser la conducta de una persona para afrontar una variedad de situaciones que pueden ser potencialmente estresantes; para finalizar Zimmerman, Kitsantas y Campilla (2005) nos dicen que la Autoeficacia hace referencia a las creencias propias de cada persona, sobre las capacidades para aprender o rendir efectivamente en una situación, tarea o actividad.

Realizando una definición más global, el concepto de autoeficacia es entendido como las expectativas que tiene un sujeto de ser capaz de realizar una tarea de forma exitosa. Se construye a lo largo de la vida y se consolida en creencias que la persona enuncia acerca de sus capacidades y sus niveles de rendimiento, se basa entonces en la confianza, la habilidad propia de comportarse de algún modo, independientemente del éxito que hayan tenido en el pasado o de los obstáculos que en la actualidad tengan frente a ellos.

Por otro lado, Losantos y Pinto (2004) introducen otro concepto asociado a la Autoeficacia, pero este es llamado Autoeficacia Interpersonal, la cual se define como la creencia que tienen las personas sobre su capacidad para relacionarse de manera hábil con sus semejantes, aludiendo esto a que, si la persona percibe que es capaz de relacionarse hábilmente, entonces no buscará otras formas de obtener aceptación social.

La autoeficacia influye o afecta tres esferas del ser humano: La esfera afectiva, la esfera cognitiva y la esfera conductual (Olivari y Urria, 2007). Es por ello que una persona con baja autoeficacia se sentirá afectivamente decaída, tendrá pensamientos autodestructivos y su motivación para realizar una acción en pro de su beneficio será muy baja; se podría asemejar esto a un estado más depresivo que conlleve a pensamientos e ideas suicidas. El bajo afrontamiento y el déficit en la solución de problemas, lleva a sentimientos de atrapamiento que mezclados con la baja pertenencia a un grupo (problemas en las relaciones interpersonales), el sentimiento de ser una carga para los demás y la visión negativa del futuro, termina por considerar el suicidio como una solución (Klonsky, et al., 2018).

En el ámbito de la salud, la Autoeficacia toma un papel importante en cuanto a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, varios estudios han demostrado que una persona con altos niveles de autoeficacia busca los tratamientos más anticipadamente, se adhiere más fácilmente a estos y obtienen mejores resultados, además afrontarán de mejor manera las enfermedades crónicas y mientras el nivel de Autoeficacia en torno al tratamiento sea alto en el paciente, también habrá un mayor nivel de bienestar psicológico en él, haciendo esto que una persona con altos niveles de autoeficacia tenga mayor probabilidad de verse más saludable, no sentirse deprimido y recuperarse mejor y más rápido que una persona con baja autoeficacia (Álvarez y Barra, 2010; Del Castillo, Guzmán, Iglesias y Reyes, 2012; Grembowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay y Hetch, 1993; Olivari y Urria, 2007).

## 5 Metodología

### 5.1 Población

A partir de un universo total de 2400 estudiantes, y por medio de una calculadora muestral en la que se propone un 93% de nivel de confianza y un 7% de error, se obtiene como resultado una muestra a utilizar de 157 estudiantes universitarios entre los 18 y los 25 años, de sexo masculino y femenino. La selección de la muestra se realizó por medio de un muestreo no probabilístico estratificado, por áreas académicas, de acuerdo con antecedentes y recomendaciones metodológicas que se han llevado a cabo con estudiantes universitarios, permitiendo así una adecuada heterogeneidad de la muestra y posibilitando un elemento a favor de la validez externa (Santos, Marcon, Espinosa, Baptista, y Paulo, 2017; Calvo et al., 2003).

Entre los criterios de inclusión revisados en la literatura y que se adoptaron para este estudio se encontraron los siguientes: ser estudiante activo (algunos estudios que recomiendan este criterio son: Calvo, et al., 2003; Siabato y Salamanca, 2014; Vidal et al., 2019); y tener entre 18 y 25 años, se decide este rango de edad por los antecedentes presentados anteriormente (ver justificación) que mencionan que la población entre esta edad es la que ha presentado mayor tasa de suicidios y es un punto medio entre las edades que se revisaron en los estudios similares donde tienen como criterio de inclusión edades que oscilan entre 17 y 39 años (Calvo, et al., 2014) 16 y 25 años (Cortina, et al., 2009), 18 y 32 años (Santos, Marcon, Espinosa, Baptista, y Paulo, 2017) y 18 y 24 (Siabato y Salamanca, 2014); además, es la edad promedio de la población de interés del estudio que en este caso son los estudiantes universitarios.

Se utilizaron como variables de exclusión las tomadas en cuenta por Vidal, Ruiz y Mejia (2019) quienes excluyeron a los estudiantes universitarios con problemas psiquiátricos confirmados, ya sea con alguna consulta clínica u hospitalización previas, o que tuvieron dificultades para el llenado de la encuesta. Así mismo, los usados en el estudio de Toro, Grajales y Sarmiento (2016) que fueron: no estar bajo los efectos de sustancias psicoactivas, no reportar algún diagnóstico de trastorno psicótico en la actualidad y no estar en estados iniciales de duelo. Por último, otra variable de exclusión que se tuvo en cuenta, fue el estar diagnosticado con hipotiroidismo e hipertiroidismo, si bien este no es un factor de exclusión encontrado en la revisión bibliográfica, es de suma influencia y explica en algunos casos la aparición y presencia de síntomas depresivos y de IS, Castro et al. (2013) lo presenta como

factor de riesgo, sin embargo, por su origen orgánico (endocrinopatológico) no es de interés para nuestro estudio.

En resumen, estos son los criterios de inclusión y exclusión se tuvieron en cuenta:

Los criterios de inclusión son:

- Ser estudiante activo en la Universidad de Antioquia seccional oriente con un mínimo de 8 créditos matriculados en el semestre.
- Tener entre 18 y 25 años.

Los criterios de exclusión son:

- Presencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados a la fecha.
- Padeecer de hipotiroidismo e hipertiroidismo.
- Estar bajo el estado de alicoramiento o de alguna sustancia psicoactiva.
- Estar en etapa de duelo inicial.

## **5.2 Diseño de investigación**

El enfoque que se utilizó para esta investigación fue cuantitativo, desarrollándose en la Universidad de Antioquia seccional oriente ubicada en El Carmen de Viboral-Antioquia. El diseño de esta investigación fue no experimental de tipo transversal-descriptivo correlacional, tomando como referentes antecedentes metodológicos de investigaciones que han estudiado la IS, en las que un diseño transversal descriptivo observa situaciones no provocadas intencionalmente y recolecta datos en un momento preciso del tiempo, en este caso la IS fue relacionada con las variables sociodemográficas, la desesperanza, la triada cognitiva negativa y la baja autoeficacia (Siabato y Salamanca, 2014; Blandón et al., 2015) y estas variables fueron relacionadas a través de un diseño correlacional observado en antecedentes metodológicos, midiendo la incidencia de cada una de las variables sobre la variable principal, en este caso, la IS; para esto se utilizaron instrumentos de medición de cada una de las variables que permitieron un posterior análisis mediante procesos de correlación estadística (Eguiluz, Lourdes y Ayala, 2014; Moreno y Araque, 2016; Toro, Grajales y Sarmiento, 2016, Gámez, Gámez y Noreña, 2011).

### **5.3 Instrumentos**

#### **5.3.1 *Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI)***

Este instrumento presenta una lista de catorce ítems que se refieren a pensamientos suicidas presentes en las últimas dos semanas anteriores a la aplicación de la escala. Ocho de los catorce ítems evalúan ideación suicida negativa (ISN), equivalente a factores de riesgo, y los otros seis evalúan ideación suicida positiva (ISP), que corresponde a factores protectores, los que en su totalidad permiten determinar la frecuencia de aparición de cada uno de los catorce pensamientos. Los participantes deben responder haciendo uso de una escala tipo Likert (de 5 puntos) con niveles entre 0 (nunca) y 4 (siempre). Las preguntas número 2, 6, 8, 12, 13 y 14 corresponden a ideación positiva; mientras que las preguntas número 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10 y 11 corresponden a la ideación negativa (Villalobos, 2010).

Con el objetivo de evaluar la validez de la versión en español del PANSI, se realizó un análisis factorial exploratorio para comprobar si los ítems se agrupaban en los mismos factores como en el estudio original. Se comprobaron los supuestos de ajuste muestral KMO (coeficiente 0.932), esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 5581.48$ ;  $gl=91$ ;  $p<.001$ ) y la estructura bifactorial con una varianza explicada entre los factores de 63,8% (Villalobos, 2010).

Finalmente, respecto a la confiabilidad del instrumento, se realizó el cálculo del respectivo coeficiente para la prueba total y se encontró que el estadístico alpha de Cronbach fue .899, indicando un buen nivel de consistencia interna (Villalobos, 2010).

#### **5.3.2 *Escala de desesperanza de beck (BHS)***

Fue construida en 1974, evalúa una medida del nivel de pesimismo del individuo. Consta de 20 ítems, referentes a las expectativas negativas que tiene la persona sobre sí mismo y sobre el futuro, validada en Lima (Perú), con alfa de Cronbach de 0,76 (Tovar, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Vereau, 2006), luego en Bogotá (Colombia) con alfa de Cronbach de 0,83 (González-Cifuentes, 2009), y para 2018 también en Bogotá (Colombia) con una consistencia interna de 0,9 a partir de la fórmula de 20 de Kuder-Richardson.

La calificación de cada ítem es del tipo falso y verdadero, en los cuales la mitad corresponden a falso. Las puntuaciones de la Escala de Desesperanza se pueden interpretar de la siguiente manera: asintomática (de 0 a 3 puntos), leve (entre 4 y 8 puntos), moderada (entre

9 y 14 puntos) y severa (entre 15 y 20 puntos) (Castaño, Constanza, Betancur, Castellanos, Guerrero, Gallego y Llanos, 2015).

Un análisis factorial exploratorio del instrumento mediante la prueba de componentes principales y rotación varimax, se hizo con el fin de determinar su validez de constructo. Este análisis arroja un KMO de 0.87 y en la prueba de esfericidad de Barlett un chi cuadrado de 1637,7 con una significación de  $< 0.001$  señalando la adecuación los datos para la conducción de un análisis factorial. Se encontró una estructura pentafactorial (expectativa de éxito, expectativa de fracaso, incertidumbre hacia el futuro, pesimismo y por último proyección hacia el futuro) con una varianza explicada de 46,89 %, la validez de constructo evaluada bajo el análisis factorial se encuentra que dicha estructura no concuerda con los tres componentes reportados en el artículo original de Beck y Cols, sin embargo, los 5 factores encontrados concuerdan semántica y conceptualmente con subcomponentes de un constructo hipotético de desesperanza. El análisis semántico tomó criterios de pesos factoriales superiores a 0.40 para identificar el factor en el cual carga el reactivo (Gonzalez-Cifuentes, 2009).

En otra validación más actual del 2018 donde se evaluaron 244 pacientes con edad promedio de 30 años y compuesto en su mayoría de mujeres, se realizó un análisis factorial y se encontró 4 factores que explican el 50% de la varianza; además, tuvo una validez convergente con el Cuestionario de Comportamiento Suicida (Spearman 0,48,  $p < 0,001$ ), número de intentos suicidas (Spearman 0,25,  $p < 0,001$ ), y severidad del riesgo suicida (Spearman 0,23,  $p < 0,001$ ).

Igualmente, la correlación con el Inventario de Razones para Vivir fue negativa (Spearman  $-0,52$ ,  $p < 0,001$ ) y con un punto de corte  $\geq 12$  el valor predictivo negativo fue de 98,4% (IC 95%: 94,2-99,8), y el valor predictivo positivo fue de 14,8% (IC 95%: 6,6-27,1). Por su actualidad, validación con una mejor varianza explicada, un análisis factorial que se organizó de mejor manera con una población más amplia y, además, una validez convergente con otros instrumentos y con población colombiana, se usará el instrumento validado en esta última investigación (Rueda, Castro, Rangel, Moreno, Martinez y Camacho, 2018).

### **5.3.3 *Inventario de la tríada cognitiva (CTI)***

Es un instrumento elaborado por Beckham, Leber, Watkins, Boyer y Cook que permite determinar cómo se encuentra el paciente en autopercepción (ítems 5, 10, 13, 17, 21, 25, 29, 31, 33 y 35), visión del mundo (ítems 3, 8, 12, 18, 20, 23, 24, 27, 30 y 34) y visión del futuro

(ítems 6, 9, 11, 15, 16, 19, 26, 28, 32 y 36), con ítems como “No tengo solución”, “El mundo es un lugar muy hostil” y “Mi futuro es tan horroroso que no puedo ni pensar en él”. Está compuesto por 36 ítems donde la persona deberá marcar en una escala entre acuerdo o en desacuerdo. La calificación se realiza puntuando de 1 a 7 (izquierda a derecha) teniendo en cuenta los ítems invertidos y realizando la sumatoria entre números positivos y negativos. La interpretación se elabora teniendo en cuenta que entre más bajo (más negativo) sea el índice total obtenido, mayor es la visión negativa general obtenida.

La versión original de CTI estadounidense se estudió inicialmente en 54 pacientes ambulatorios deprimidos, allí se descartaron todos los ítems de una primera forma de CTI con una correlación de ítems a escala de  $r < .25$  con su propia escala o que se correlacionó más con otra subescala. La versión final del CTI estadounidense muestra consistencias internas buenas a excelentes ( $\alpha = .91$  para la visión de uno mismo,  $\alpha = .81$  para la visión del mundo,  $\alpha = .93$  para la visión del futuro,  $\alpha = .95$  para la escala total), y la escala total de CTI se correlaciona con el Inventario de depresión de Beck (BDI) con  $r = .77$  (Beckham, Leber, Watkins, Boyer, y Cook en Possel, 2009). Entre sus propiedades psicométricas obtuvo un favorable índice de consistencia interna alfa de Cronbach = 0,95 y una adecuada validez convergente con el BDI ( $r = 0,67$ ,  $p < 0,01$ ) (Toro, Grajales y Sarmiento, 2016).

#### **5.3.4 Escala de autoeficacia para la depresión en adolescentes (EADA)**

Es una escala de autoinforme, para medir el nivel de autoeficacia en relación con la depresión en adolescentes. Conforme al criterio del trastorno depresivo mayor, se mide en el marco de las últimas dos semanas. Son 28 reactivos en formato Likert del 1 (totalmente en desacuerdo) al 5 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones totales fluctúan entre 28 y 140 (a mayor puntuación, mayor autoeficacia para la depresión). Posee cuatro factores: Pensamientos, Actividades, Relaciones Interpersonales y Funcionalidad. Sus reactivos evalúan áreas que resultan pertinentes a la depresión juvenil y que abordan temas consistentes con los criterios diagnósticos oficiales del Trastorno depresivo mayor (Díaz, Cumba, Bernal y Rivera, 2008).

Para determinar su validez se ha correlacionado la EADA con la subescala de Autoeficacia Emocional del SEQ-C y con el Inventario de Depresión en Niños. Con el SEQ-C se ha obtenido una correlación positiva y moderada alta (0.70) ( $p < .001$ ). El rango de las correlaciones de las subescalas de la EADA con el Inventario de Depresión en Niños fluctuó entre .50 y .68 ( $p < .001$ ). Las correlaciones entre las subescalas de la EADA fluctuaron entre

.46 y .67, esto determinó su validez concurrente (Díaz et al., 2008). Finalmente, se encontró que las puntuaciones altas en la EADA reflejan un nivel adecuado de autoeficacia, mientras que las puntuaciones altas en el Inventario de Depresión en niños (IDN-VC) indican una alta sintomatología depresiva, por ello, el resultado es una correlación negativa cuyo índice fue de  $-.66$  ( $p < .001$ .)

En el estudio de Díaz y compañía realizado en Puerto Rico, la puntuación total de la EADA obtuvo una excelente consistencia interna, como lo refleja su coeficiente de  $.90$ . Los coeficientes de consistencia interna de las subescalas del EADA fluctuaron entre  $.69$  y  $.80$ . ( $p < .001$ ) (Díaz et al., 2008).

A pesar de no contar con el instrumento validado en la población colombiana, se decide optar por él, debido a que las poblaciones Puertorriqueña y Colombiana comparten similitudes culturales por sus raíces latinoamericanas, además de las buenas propiedades psicométricas que presenta, y también, por la validez convergente mostrada con las subescalas mencionadas anteriormente, las cuales evalúan el componente depresivo asociado a la baja autoeficacia, que es de relevancia para esta investigación.

#### **5.4 Protocolo**

Inicialmente se realizó un juicio de expertos, para evaluar si la batería de instrumentos construida en formularios de Google estaba bien ajustada a los objetivos de la investigación, a las consideraciones éticas y procedimentales del presente estudio, allí se contó con la participación de cuatro expertos en temas relacionados con el constructo, variables e instrumentos, procedimiento y análisis de datos, pertinencia de la batería (extensión, duración y presentación) y manejo comunicacional (entendido como la asertividad de las expresiones verbales utilizadas en el formulario). A cada uno de estos se les envió un documento que contuvo un resumen de la investigación, definición de conceptos centrales, objetivo general y específicos, descripción de los instrumentos, procedimiento, plan de análisis de datos, consideraciones éticas, y finalmente, la rúbrica de evaluación, la cual constaba de 17 preguntas divididas en 4 apartados.

Seguidamente se realizó un pilotaje con 20 personas quienes realizaron la batería de instrumentos para calibrarla, en temas de tiempo, redacción, presentación y extensión del mismo. A estas personas se les envió el apartado de preguntas concernientes a la pertinencia

de la batería, y a partir de las respuestas obtenidas se concluyó que la batería respondía de forma positiva a las categorías de pertinencia indagadas.

La recolección de datos se planteó en tres fases; en la primera fase se contactó a la Coordinación Académica de la UdeA Seccional Oriente para realizar el muestreo y la selección de los participantes, con el auspicio de la Coordinación Académica y Dirección de Comunicaciones Seccional Oriente, se contactó vía correo electrónico a la población estudiantil que se encontraba entre las edades de 18 y 25 años pertenecientes a todas las áreas académicas activas en la Seccional, allí se les invitó a participar, describiendo brevemente el objetivo de la investigación y adjuntando la batería de instrumentos a diligenciar. También se dispuso de un correo de contacto con los investigadores encargados por si algún participante deseaba manifestar algún comentario, inquietud u observación respecto al estudio o para brindarle información sobre las rutas de atención en salud mental (la línea gratuita de teleasistencia UdeA 01 8000 521021 opción 2 / Whatsapp 321 774 6370, disponible para todo el país las 24 horas del día y los 7 días de la semana, la línea de atención de la EPS y la línea de atención del Ministerio De Salud de Colombia 192 opción 4). Para detectar casos que pudieron representar un riesgo de conducta suicida, se utilizó el instrumento psicométrico Inventario de IS Positiva y Negativa (PANSI), en el cual a partir de una puntuación de 20 en el factor de IS Negativa, se considera que la persona está en riesgo según el estudio de Pérez, Vianchá, Martínez y Salas (2014) siendo los puntajes de referencia los siguientes: puntuación máxima del factor IS Negativa: 40. Sin riesgo de 1 a 10 puntos, poco riesgo de 11 a 20 puntos, riesgo moderado de 21 a 30 puntos y alto riesgo de 31 a 40 puntos. Cada 3 horas se revisaron las respuestas obtenidas a la batería, y en los casos en los que se detectó riesgo moderado y alto riesgo, se procedió a contactar de forma inmediata al estudiante mediante un mensaje de correo electrónico, proporcionando nuevamente las líneas de atención propuestas en el formulario, y haciendo énfasis en que solicitarán el espacio de psicoorientación que brinda la Coordinación de Bienestar Universitario UdeA. Igualmente, se realizó un seguimiento a estos estudiantes por medio del programa “Llamada saludable” del Living Lab Telesalud.

Luego de transcurridas dos semanas, se llevó a cabo la segunda fase, la cual consistió en realizar un nuevo contacto para alcanzar un número mayor de participantes, buscando reforzar las unidades académicas que tuvieron poca participación.

Ulteriormente, en la tercera fase se realizó un saloneo virtual, el cual consistió en contactar a los profesores de diferentes unidades académicas por medio de correo electrónico,

para solicitar 20 minutos de su clase, preguntarle a algunos estudiantes si están dispuestos a responder la encuesta para la investigación y aplicar la batería de instrumentos a los estudiantes que estuvieron dispuestos a colaborar, permitiendo alcanzar la cantidad de estudiantes requerida para la muestra y cumpliendo con la estratificación por áreas académicas.

### **5.5 Análisis de datos**

En primera instancia, se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables sociodemográficas como la edad (media, máximo, mínimo y desviación típica), sexo (frecuencia y porcentajes), y unidad académica. Se realizó un análisis descriptivo para cada instrumento psicométrico, estableciendo las medidas de tendencia central para la frecuencia de IS y desesperanza.

Posteriormente, se efectuó una prueba de adecuación de la muestra mediante el test Kolmogorov-Smirnov a través del paquete estadístico IBM SPSS V.24.0 determinando qué distribución tuvieron los datos, y así se decidió el uso de pruebas no paramétricas para realizar las correlaciones por medio del rho de Spearman. También se realizó una comparación entre grupos para todos los instrumentos, utilizando la U de Mann Whitney y utilizando la d de cohen para determinar el tamaño de efecto; para todos estos análisis se utilizó el Software de análisis estadísticos JASP V.0.14.1.

### **5.6 Consideraciones éticas**

Dado que es un estudio que se limitó a la recolección de datos, en cuanto a las implicaciones éticas, no se prevé ninguna. Sin embargo, el tema central de la investigación es delicado y puede herir susceptibilidad en los estudiantes, por lo cual se actuó con prudencia y discreción. Asimismo, se instruyó brevemente a los estudiantes sobre rutas de atención en caso de que alguien considerara que requería y necesitaba acceder a ellas, dichas rutas fueron las siguientes: La línea gratuita de Telesistencia UdeA 018000521021 opción 2, disponible 24/7, LivingLab Telesalud Whatsapp 3217746370 disponible 24/7, Línea de atención del Ministerio de Salud de Colombia 192 opción 4 y Línea amiga Medellín 4444448. Cada una de estas líneas fue probada previamente para evaluar su efectividad, tiempo de respuesta y protocolos de acción, encontrando que todas ellas funcionan y son activas, con tiempos de respuesta oportunos y adecuados durante la realización de este estudio. En cuanto a los protocolos de atención de cada línea se halló una forma de proceder similar y consistente, en primer lugar, un profesional del equipo responde la llamada o el mensaje para tomar los datos personales y,

en segundo lugar, deriva la llamada y la atención a un profesional de psicología o psiquiatría que se encargaría de brindar la asistencia al caso específico.

Este estudio no representó ningún riesgo para la salud de los participantes y cumplió con todos los criterios establecidos por la Ley 1090 del 2006 para la regulación de la investigación en psicología.

## 6 Resultados

### 6.1 Resultados descriptivos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas como sexo, edad, área académica, créditos matriculados, semestre que cursa, orientación sexual, estrato socioeconómico, estado civil. Además, se incluyeron dos preguntas sobre aspectos específicos, las cuales indagaban por la existencia de creencias religiosas y/o espirituales, y los posibles efectos de la pandemia de SARS-CoV-2 a nivel psicológico y emocional. Se obtuvo para este estudio una muestra de 69 personas de sexo femenino, equivalente al (65,7%) del total, y 35 personas de sexo masculino, es decir, el (33,3%), y, por último, una persona manifestó no identificarse con ningún sexo (1%).

El total de respuestas obtenidas fue de 169, sin embargo, debido a los criterios de exclusión utilizados en el presente estudio, 64 personas fueron excluidas, de acuerdo a la siguiente distribución: 17 personas por cumplir con un diagnóstico médico de ansiedad, 13 personas por cumplir con un diagnóstico médico de depresión, 1 persona con un diagnóstico de bipolaridad y 1 persona que refirió tener otro diagnóstico; por consumo de sustancias psicoactivas y alcohol en las últimas 24 horas, 11 personas fueron excluidas; debido a duelo o pérdida de una persona significativa, 15 personas fueron excluidas, y por último, 6 personas fueron excluidas del estudio por presentar un diagnóstico de hipertiroidismo o hipotiroidismo.

La media de edad de los participantes fue de 21,1 con una desviación estándar de 1,91; en relación a las áreas académicas, cuatro de las seis áreas presentan una muestra equivalente (ciencias naturales, ciencias sociales y humanas, ingenierías y salud) con una media aproximada de 23 estudiantes por cada una de estas, por otro lado, las unidades de artes y educación presentaron bajos niveles de participación, encontrándose por debajo de las 10 personas; respecto a los créditos matriculados, 47 estudiantes (45,7%) refieren tener entre 17-32 créditos matriculados, y 58 estudiantes (54,3%) manifiestan tener entre 8-16 créditos matriculados; el semestre con mayor representatividad en la muestra fue el cuarto con (21,9%), seguido del octavo semestre con un (12,4%), en tercer lugar el segundo semestre con un (11,4%), y el (54,4%) restante equivale al resto de semestres; el (92,4%) de la muestra manifestó ser heterosexual, seguido por un (3,8%) homosexual, (2,9%) bisexual y (0,9 %) con otra orientación; el (51,4%) de la muestra se ubicó en el estrato tres, seguido del (41,9%) en

estrato dos y el 6,7 restante se ubica en los estratos 1, 4 y 5; sobre el estado civil el (97,1%) se declaró en soltería y el 2,9% restante, en unión libre.

En cuanto a la existencia de creencias religiosas y/o espirituales, 80 personas (76,2%) respondieron afirmativamente a esta pregunta, mientras que 25 personas (23,8%) declararon no tener ninguna de estas creencias. Por otra parte, 74 personas (70,5%) refirieron que la pandemia de SARS-CoV-2 los afectó de alguna manera a nivel psicológico y emocional, las 31 personas restantes (29,5%), no declararon afectación.

Sobre los puntajes obtenidos para cada uno de los instrumentos utilizados, el Inventario de ideación suicida Negativa y Positiva (PANSI) obtuvo una media de 10,7 para ISN siendo 8 el valor mínimo y 33 el máximo, para ISP se obtuvo una media de 22,4, siendo 6 el valor mínimo y 30 el máximo. La Escala de Desesperanza de Beck (BHS), brindó una media de 4,8 con una desviación estándar de 4,4. La Escala de Autoeficacia Para La Depresión (EADA) obtuvo una media de 99,5 con su respectiva desviación estándar de 20,3. El Inventario de La Triada Cognitiva Negativa (CTI) desde el factor visión negativa de sí mismo brindó una media de 7,0 y desviación estándar 10,8; el factor visión negativa del mundo brindó una media de 11,3 y desviación estándar de 9,7; y el factor visión negativa del futuro, brindó una media de 17,6 y una desviación estándar de 11,2.

De acuerdo con los puntajes obtenidos en el Inventario de ideación suicida Positiva y Negativa (PANSI), 15 personas fueron contactadas a través de correo electrónico para indicarles las líneas de atención y promover el acercamiento al servicio de psicoorientación de la universidad, ya que sus puntajes dieron cuenta de un riesgo moderado-alto según los criterios de interpretación de esta prueba. De la misma manera, los puntajes de estas personas fueron contrastados con los puntajes de las demás pruebas psicológicas utilizadas, para verificar el riesgo suicida.

## **6.2 Correlaciones y Comparativos**

Se realizó una prueba de adecuación de la muestra mediante el test Kolmogorov-Smirnov, con un valor ( $p < 0,05$ ), en la cual la distribución de la muestra fue no paramétrica por lo que se procedió a obtener las correlaciones entre variables mediante la rho de Spearman. Las correlaciones entre todos los factores de los diversos instrumentos fueron estadísticamente significativas, sin excepción alguna, siendo los resultados los que se observan en la tabla 1.

**Tabla 1***Matriz De Correlación*

		PANSI ISN	PANSI ISP	EADA	BHS	CTI VNSM	CTI VNM	CTI VNF
PANSI ISN	Spearman's rho	—						
	p.	—						
PANSI ISP	Spearman's rho	-0.488 ***	—					
	p.	< .001	—					
EADA	Spearman's rho	-0.535 ***	0.656 ***	—				
	p.	< .001	< .001	—				
BHS	Spearman's rho	0.443 ***	-0.760 ***	-0.655 ***	—			
	p.	< .001	< .001	< .001	—			
VNSM.	Spearman's rho	-0.471 ***	0.765 ***	0.716 ***	-0.734 ***	—		
	p.	< .001	< .001	< .001	< .001	—		
VNM	Spearman's rho	-0.512 ***	0.728 ***	0.710 ***	-0.633 ***	0.730 ***	—	
	p.	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
VNF	Spearman's rho	-0.536 ***	0.840 ***	0.694 ***	-0.793 ***	0.835 ***	0.726 ***	—
	p.	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—

Correlación entre variables de los instrumentos utilizados.

Se utiliza la nomenclatura clásica: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Posteriormente, se establecieron comparaciones entre las variables sociodemográficas y los instrumentos utilizados, por medio de la U de Mann-Whitney y calculando el tamaño de efecto según  $d$  de Cohen, encontrando que en cuanto al sexo y edad no hay diferencias estadísticamente significativas para cada uno de los instrumentos utilizados en el estudio, ya que los valores de  $p$  en todos estos son mayores a 0,05. Respecto a los créditos matriculados, las respuestas se separan en dos grupos, el primero es de 8 a 16 créditos y el segundo es de 17 a 32 créditos, se encontró una diferencia significativa entre los dos grupos respecto al CTI (visión negativa del mundo) con un valor  $p < 0,05$  ( $p = 0,046$ ), acompañado de una fuerza de la correlación baja ya que el tamaño de efecto fue de  $d = -0,228$ , encontrando que las personas con menos créditos tienen niveles más altos de visión negativa del mundo. En las demás variables de los instrumentos no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Para la comparación entre semestres, se dividió la muestra en dos grupos, el primero comprende los semestres desde el 1 al 5, y el segundo grupo comprende los semestres del 6 al 10, en este caso, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en

el PANSI (ISP) con un valor  $p < 0.05$  ( $p = 0,005$ ), con una fuerza de correlación baja porque su tamaño de efecto fue de  $d = -0,32$ , donde se encontró que las personas de los semestres posteriores tienen mayores niveles de ISP, es decir que tienen más factores protectores para mitigar la aparición de la IS; en la BHS con un valor  $p < 0,05$  ( $p = 0,048$ ), con una fuerza de correlación baja porque su tamaño de efecto fue de  $d = 0,226$ , encontrando que las personas de los primeros semestres tienen niveles más altos de desesperanza; en el CTI (Visión negativa del mundo) con un valor  $p < 0,05$  ( $p = 0,041$ ) y una fuerza de correlación baja ya que su tamaño de efecto fue de  $d = -0,235$ , en la que se encontró que las personas de los primeros semestres tienen mayores niveles de visión negativa del mundo; y en el CTI (Visión negativa del futuro) con un valor  $p$  de  $0,05$  y una fuerza de correlación baja, porque su tamaño de efecto fue de  $d = -0,225$ , donde se encontró que las personas de los primeros semestres tienen niveles más altos de visión negativa del futuro (Ver tabla 2).

**Tabla 2**  
*Comparación de grupos entre semestres*

	PANSI ISP		BHS		CTI VNM		CTI VNF	
	1-5	6-10	1-5	6-10	1-5	6-10	1-5	6-10
Validos	60	45	60	45	60	45	60	45
Media	21.100	24.289	5.533	3.844	9.683	13.556	15.817	20.400
Desviación estándar.	6.186	4.586	4.652	3.983	9.684	9.331	12.369	8.858
Significancia	$p=0,005$		$p=0,048$		$p=0,041$		$p=0,05$	
Tamaño de Efecto	$d=-0,32$		$d=0,226$		$d=-0,235$		$d=-0,225$	

Comparación entre semestres grupo 1 (1-5), grupo 2(6-10).

En la comparación de grupos de la pregunta sobre la afectación emocional y psicológica por el SARS-CoV-2 y las medidas adoptadas para su control, se dividió la muestra entre los que respondieron “sí” y los que respondieron “no”, allí se encontró solo una diferencia estadísticamente significativa en la EADA con un valor  $p < 0,05$  ( $p = 0,008$ ) y una fuerza de correlación baja, ya que su tamaño de efecto fue de  $d = 0,331$ , en el cual las personas que respondieron positivamente a esta pregunta, presentaron menores niveles de autoeficacia.

Con la comparación de grupos de la pregunta sobre si los participantes tenían o no alguna creencia religiosa o espiritual, se dividió la muestra entre los que respondieron positiva y negativamente, encontrando que hay diferencias estadísticamente significativas en la EADA con un valor  $p < 0,05$  ( $p = 0,003$ ) y una fuerza de correlación moderada, ya que su tamaño de efecto fue de  $d = -0,400$ , encontrando que las personas que respondieron negativamente tendían a tener menores niveles de autoeficacia; en la BHS con un valor  $p < 0,05$  ( $p = 0,003$ ) y una

fuerza de correlación baja, porque su tamaño de efecto fue de  $d = 0,394$ , se encontró que las personas que no creen tienen mayores niveles de desesperanza; en el PANSI (ISP) con un valor  $p < 0,05$  ( $p = 0,004$ ) y su fuerza de correlación fue baja, porque su tamaño de efecto fue de  $d = -0,379$ , también se encontró que las personas que responden afirmativamente tienen mayores niveles de ISP, es decir, que tienen más factores protectores frente a la aparición de IS; en el CTI (Visión negativa de sí mismo) con un valor  $p < 0,05$  ( $P = 0,007$ ) y la fuerza de correlación fue baja, ya que su tamaño de efecto fue de  $d = -0,360$ , encontrando que las personas que respondieron negativamente tienen niveles más altos de visión negativa de sí mismo; y en el CTI (Visión negativa del futuro) con un valor  $p < 0,05$  ( $P = 0,043$ ) y la fuerza de correlación fue baja, ya que su tamaño de efecto fue de  $d = -0,270$ , donde se encontró que las personas que respondieron negativamente a esta pregunta tienen mayores niveles de visión negativa del futuro (Ver tabla 3).

**Tabla 3**

*Comparación de grupos-creencia religiosa y/o espiritual*

	PANSI ISP		EADA		BHS		CTI VNSM		CTI VNF	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Validos.	31	74	31	74	31	74	31	74	31	74
Media.	23.226	22.149	105.194	94.000	4.581	4.905	8.161	6.689	18.032	17.676
Desviación estándar.	5.290	5.944	17.171	20.657	4.815	4.301	11.636	10.458	11.191	11.263
Significancia	p=0,004		p=0,003		p=0,003		p=0,007		p=0,043	
Tamaño de Efecto	d=-0,379		d=-0,400		d=0,394		d=-0,360		d=-0270	

Comparación entre personas con y sin creencias religiosas y/o espirituales.

## 7 Discusión

### 7.1 Sociodemográficos

De acuerdo con la muestra obtenida para la presente investigación, se nota una mayor participación de población femenina, este aspecto era esperable debido a la proporción de hombres y mujeres que se encuentran estudiando en la Universidad de Antioquia Seccional Oriente, donde las mujeres ocupan un porcentaje mayor al de los hombres en el total de estudiantes. Por otra parte, cuatro áreas académicas mostraron una representación equilibrada, estas fueron salud, ingenierías, ciencias naturales y ciencias sociales y humanas, cada una con una media de participación aproximada de 24,25 personas, por el contrario, las dos áreas académicas restantes (artes y educación), quedaron con una baja representación, siendo la participación máxima 6 personas; dicho resultado se puede comprender a partir de la caracterización de la universidad en cuanto a los programas académicos que oferta, ya que la mayoría pertenecen a las áreas académicas que en el presente estudio contaron con mayor representación.

Llama la atención el hecho de que el 92,4% de la muestra manifestó una orientación heterosexual en un contexto universitario en el que se presume, se facilitaría la expresión de la diversidad sexual, tal como lo menciona Liscano (2016) sobre el ambiente universitario, siendo un espacio caracterizado por educar en la diversidad, en la tolerancia y en la aceptación del otro, respetando las diferencias a partir de un modelo incluyente; resultado que también puede explicarse por una reserva de los estudiantes a mencionar su orientación sexual dentro de una región conservadora como lo es el Oriente Antioqueño, en la cual se promueve una constante validación hegemónica de la masculinidad.

Para el estrato socioeconómico se encontraron datos acordes a lo esperado, ya que, al tratarse de una universidad pública, la mayoría de los estudiantes pertenecen a los estratos dos y tres, que concentran a la población de bajos recursos, tal como lo evidencian los registros de la Coordinación Académica de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente. Sobre el estado civil, se halló una muestra caracterizada en su mayoría por personas solteras, lo cual se corresponde con los datos que demuestran que, en Colombia, la mayoría de las personas de 18 años en adelante no suelen casarse, tal como lo afirma la Universidad de la Sabana (2013) en un estudio donde solo el 20% de los mayores de edad se casan, siendo un país con una tasa nupcial baja en comparación con otros países del mundo. Sin embargo, no se puede afirmar

esta soltería como factor de riesgo para la IS como lo exponen algunos antecedentes de esta investigación (Calvo, Sánchez y Tejada, 2003; Siabato y Salamanca, 2014) aunque el porcentaje de solteros de esta muestra es del 97.1%, no es la soltería en términos legales el factor de riesgo, sino el no tener pareja el dato que puede ser significativo de riesgo.

En relación a la pregunta que indagaba por las creencias religiosas y/o espirituales, se encontró una mayor cantidad de personas que respondieron afirmativamente a esta pregunta, esto se puede explicar a partir del contexto conservador del departamento de Antioquia, en el cual predomina la fe católica. La cultura antioqueña se ha destacado por tener unas creencias religiosas profundamente arraigadas en las conciencias colectivas, siendo un contexto en el cual se vivencia la religiosidad de manera fuerte y tradicional, con una gran mayoría de las familias que tienen costumbres y creencias que han sido transmitidas de generación en generación, direccionadas especialmente a lo cristiano-católico (Torres, 2017).

## **7.2 Comparación entre grupos**

### **7.2.1 *Semestre y créditos matriculados***

Los antecedentes revisados exponen que el ingreso a la vida universitaria se considera un factor de riesgo para el desarrollo de la IS, ya que es un evento estresante. La adaptación del joven a un entorno nuevo implica que asuma cambios significativos en su vida, en sus formas de conocer y alteraciones en su red de apoyo (Blandón, 2015). Los resultados obtenidos muestran que los estudiantes de primeros semestres tienen menor ISP y mayor desesperanza, visión negativa sí mismo y del mundo, lo que concuerda con los antecedentes, estos explican que el cambio abrupto en el proceso de adaptación del colegio a la universidad, genera bajo rendimiento académico, ansiedad, ira, frustración, trastornos del aprendizaje y suicidio (Ayala, 2010), y también, debido a que en estos primeros semestres es más común reprobar cursos, generando en los estudiantes sentimientos de inutilidad, decepción, desesperanza e inferioridad (Barraza 2012; Labrador, 2012). Además, el estrés percibido y la mayor presencia de estresores en el inicio de la vida universitaria, promueve más tensión psicológica y emocional, lo cual podría reflejarse en ideas suicidas como posible salida a situaciones difíciles (Virsedá, Amado, Bonilla y Gurrola, 2011).

Frente a la cantidad de créditos académicos matriculados, algunos autores exponen que la sobrecarga académica sería un factor de riesgo para la aparición de síntomas psicológicos, físicos y conductuales, ya que el nivel de exigencia en la universidad implica que los

estudiantes deban dedicar más horas durante clases y fuera de ellas para realizar actividades grupales e individuales que les permitan mantener su promedio académico y no perder materias; la falta de tiempo para completar dichas actividades, la sobrecarga de trabajo, el exceso de responsabilidades y la participación en la clase, se convierten en estresores que aumentan dicho riesgo (Barraza, 2012). Los resultados encontrados en la investigación muestran que los estudiantes con menos créditos académicos matriculados tienen una mayor visión negativa del mundo, sin embargo, los créditos matriculados en este caso, pueden no estar relacionados con esa sobrecarga académica, sino con las dificultades de adaptación a los primeros semestres de la universidad, ya que el 62% de los estudiantes de la muestra de esta investigación que matriculan entre 8 y 16 créditos, están cursando los primeros semestres, permitiendo inferir que la visión negativa del mundo que tienen los estudiantes, puede no estar relacionada directamente a la sobrecarga académica, sino que las dificultades de adaptación al entorno universitario son las que hacen que el estudiante perciba un mundo hostil, en el que solo se le presentan adversidades y donde los demás actúan en su contra.

### ***7.2.2 Religión y creencia espiritual como factores protectores***

Se encontró que la creencia religiosa y/o espiritual actúa como factor protector de IS, ya que se evidenció que existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes que tienen alguna creencia y los que no. En primer lugar, presentó asociación con la autoeficacia (EADA) siendo probable que la religión y la espiritualidad faciliten que los estudiantes evalúen positivamente sus capacidades y habilidades para ejecutar cualquier acción, lo que actúa como factor protector para la IS, concordando con los antecedentes revisados (Álvarez y Barra, 2010; Del Castillo, Guzmán, Iglesias y Reyes, 2012; Grembowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay y Hetch, 1993; Olivari y Urra, 2007) según los cuales, la autoeficacia promueve el bienestar psicológico, percibiéndose a sí mismos más saludables física y psicológicamente.

En segundo lugar, la desesperanza mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos mencionados, evidenciando que las personas que manifestaron no tener creencias religiosas o espirituales, presentaron niveles más altos de desesperanza. Si entendemos la desesperanza como una creencia según la cual las situaciones futuras o inmediatas no tienen solución, y en la cual las personas se perciben incapaces de conseguir lo que quieren, vaticinando situaciones indeseables a las cuales no podrán enfrentarse eficazmente, la religión o la espiritualidad proporcionarían un sentido de vida en la

trascendencia y una confianza en un futuro sano y saludable, sirviendo de ayuda a las personas para seguir adelante después de eventos traumáticos, así como ofreciendo esperanza en situaciones problemáticas, reajustando el significado de ellas para hacerlas más manejables, aumentando así el nivel de satisfacción con la vida (Salgado, 2014).

En tercer lugar, la ISP medida por el instrumento PANSI tuvo diferencias estadísticamente significativas entre las personas que negaron tener algún tipo de creencia religiosa y/o espiritual y las que sí, siendo estas últimas las que presentan mayor ISP, la cual se corresponde con los factores protectores, como tener confianza en las capacidades para solucionar problemas, estar esperanzado en el futuro y tener control sobre las situaciones de la vida. La religión y la espiritualidad aportan a que las personas tengan un mayor sentido de vida y a su vez, un sentimiento de control sobre la misma, siendo una estrategia de afrontamiento activo para superar problemas y resignificar el sufrimiento (Salgado, 2014), por lo anterior, se evidencia que los estudiantes que tienen una creencia espiritual o religiosa suelen puntuar con niveles altos de ISP como factor protector, corroborando así los antecedentes propuestos en esta investigación, los cuales mencionan que la ausencia de prácticas religiosas y espirituales pueden llegar a ser factores de riesgo en la aparición de la IS (Santos, Marcon, Espinosa, Baptista y Paulo, 2017).

En cuarto lugar, en los constructos Visión negativa de sí mismo y Visión negativa del futuro medidos por el instrumento CTI Inventario de la Triada Cognitiva, también hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ya mencionados, siendo nuevamente las personas que manifestaron una creencia religiosa y/o espiritual los que presentan menores niveles de visión negativa. Tal como lo soporta Salgado (2014), la religiosidad y espiritualidad contribuyen a que las personas tengan más autoestima, fortaleza y esperanza, y se asocian a una mayor satisfacción con la vida en el presente y el futuro, permitiéndoles sentirse útiles y estando a gusto consigo mismas, sintiéndose competentes y con esperanza en que las cosas les saldrán bien.

En conclusión, la religión y la creencia espiritual se sitúan como factores protectores que permiten aliviar y mitigar el sufrimiento, superar la adversidad, alcanzar un mayor bienestar, calidad de vida y capacidad de trascendencia, así como un sentido de plenitud y autorrealización (Salgado, 2014), lo que contribuye a la disminución de la aparición de IS en los estudiantes universitarios de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente, cabe aclarar

que cuando se habla de creencias religiosas o espirituales, no se hace referencia a alguna religión en específico.

### ***7.2.3 Afectaciones psicológicas y emocionales por la pandemia de SARS-CoV-2***

Sobre las afectaciones psicológicas y/o emocionales por la pandemia de SARS-CoV-2 y las medidas adoptadas para su mitigación, se encuentra que el 70,5% de la muestra total refiere afectaciones en tal sentido; de las 15 personas que presentaron niveles de IS entre moderados y altos, el 80% manifestó presentar dicha afectación y asimismo, la población que fue excluida del estudio por presentar trastornos psiquiátricos (12 con depresión, 8 con ansiedad, 1 con bipolaridad y 1 con otro trastorno no especificado) también manifestó haberse visto afectada, estos porcentajes se asemejan a lo esperado de acuerdo a la revisión teórica que confirma que un evento vital de dicha magnitud tiene implicaciones en la salud mental de la población involucrada, en este caso los estudiantes universitarios de la Seccional Oriente (Pires y Berger, 2020), confirmando que los efectos en la salud mental por la pandemia se empiezan a manifestar, tal como lo menciona Killgore et al. (2020), Weiss y Murdoch (2020) y Zhou et al. (2020), quienes exponen que la pandemia puede acentuar y provocar los trastornos de ansiedad, depresión y estrés en los estudiantes universitarios, a pesar de que no son un grupo etario vulnerable a la letalidad del virus. Por su parte, la afectación por la pandemia que presentaron los estudiantes con niveles preocupantes de IS, posiblemente se pueda entender a causa de la soledad percibida que ha provocado el distanciamiento por el cierre de los centros educativos, como se menciona en los antecedentes (Loades et al., 2020), ya que se restringen los contactos sociales más comunes y las personas pueden enfrentarse a niveles altos de aislamiento social.

Entre los dos grupos se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa, siendo los afectados psicológica y emocionalmente por el SARS-CoV-2 los que presentaron menores niveles de autoeficacia (EADA). Las personas con bajos niveles de autoeficacia tienden a verse desmotivadas, a sentirse decaídas emocionalmente y suelen presentar pensamientos autodestructivos y catastróficos, viéndose estos incrementados por la afectación de la pandemia y la inflexibilidad de su pensamiento (Klonsky et al., 2018), es por esto que se puede pensar que las personas afectadas por la pandemia suelen tener bajos niveles de autoeficacia y pueden presentar mayores niveles de IS.

#### ***7.2.4 Factores de riesgo asociados a la IS.***

La prevalencia del factor desesperanza en el presente estudio fue de 6.6%, mientras que para la IS la prevalencia fue del 14.2%, por un lado, este último dato es comparable con los resultados de la investigación de Caballero et al. (2016), quien definió los porcentajes de aparición de IS en centros educativos de varias ciudades del país, encontrando cifras del 16% de IS para la ciudad de Medellín, 7,5% en Santander, 5,1% en Santa Marta, 41% en Caldas, 18% en Pasto, 31% en Tunja, y de 4.45% al 13% en Bogotá. Por otro lado, en la investigación de Calvo et al. (2003) sobre la prevalencia de IS en estudiantes universitarios de Bogotá, el porcentaje fue del 18%, concluyendo así que la prevalencia hallada en la Universidad de Antioquia Seccional Oriente no se distancia en gran medida de algunos datos provenientes de estudios anteriores, y solo se ve superada en mayor cantidad por la evidenciada en Caldas y Pasto en el 2016.

El objetivo general del presente estudio fue analizar la relación de la IS con la Desesperanza, la Triada Cognitiva Negativa y la Baja Autoeficacia en estudiantes de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente, a partir de los hallazgos, quedó en evidencia la asociación que guardan estos factores entre sí, confirmando la presencia de similitudes teóricas y de constructo entre cada uno de los factores investigados.

Todos los instrumentos se relacionaron entre sí de manera significativa, sin embargo, la correlación más fuerte se encontró entre el factor ISP del PANSI con la BHS, la EADA y el CTI (visión negativa de sí mismo, del mundo y el futuro). Estas relaciones se pueden entender a partir de lo que explica Villalobos (2010) en su investigación sobre la validez y la confiabilidad del instrumento PANSI en población colombiana, en la cual el factor ISP está compuesto por ítems que se caracterizan por pensamientos de autoeficacia y esperanza en el futuro.

El constructo teórico de desesperanza de la BHS, entendido como un cúmulo de creencias sobre un futuro no viable, donde la persona no prevé soluciones y se caracteriza por el desencanto y la incapacidad de no poder enfrentarse a lo venidero, tuvo una correlación fuerte e inversa con la ISP, lo cual tiene sentido, ya que este último es un constructo totalmente inverso que indica la confianza de la persona en sus capacidades para lograr metas a futuro, teniendo sentimientos de valía por la vida y bienestar, generados porque la persona se siente eficaz, alegre y se proyecta un futuro con esperanza, debido a que le han resultado bien las

cosas a nivel laboral y académico. Permitiendo concluir que en los estudiantes de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente a mayores niveles de ISP, menos presencia de desesperanza, resultado que se respalda con diversas investigaciones que han determinado que la desesperanza es un factor de riesgo que incrementa y mantiene la IS y por lo tanto el riesgo suicida, así lo menciona Cortina et al. (2009), al igual que Sokero et al. (2006) quienes proponen que una disminución en el nivel de desesperanza sería el principal determinante para una disminución en la IS. Bajo esa misma línea, Inostroza et al. (2015), afirman que la desesperanza representaría un puente teórico y terapéutico entre los síntomas depresivos y la IS, las estrategias para su disminución corresponderían a un aumento de factores protectores como los propuestos por la ISP.

El concepto de autoeficacia se entiende como la autopercepción de capacidad, confianza, rendimiento y éxito de una persona frente a una situación potencialmente estresante, en la presente investigación la EADA, que mide dicho constructo, tuvo una correlación fuerte y estadísticamente significativa con la ISP del PANSI, lo cual era esperable, ya que a nivel teórico y conceptual estos dos factores reúnen características similares en términos de confianza en sí mismo, en el futuro, y a su vez, en la capacidad de resolución y afrontamiento de situaciones problemáticas. En ese sentido, un estudiante con bajos niveles de autoeficacia, va a ser por lo tanto alguien con bajos niveles de ISP, tendrá pensamientos autodestructivos, poca motivación para hacer algo en beneficio propio, y estará decaída, lo que producirá IS, tal como lo menciona Klonsky et al. (2018), la baja autoeficacia se traduce en déficit para el afrontamiento y solución de problemas, que producen sentimiento de atrapamiento, carga para los demás y visión negativa del futuro, lo que hace considerar a estas personas el suicidio como una solución.

Asimismo, la ISP del PANSI tuvo una correlación fuerte e inversa con el CTI visión negativa de sí mismo, el mundo y futuro, resultado que se puede comprender por la relación teórica contraria de los conceptos. Beck, quien desarrolló el concepto la Triada Cognitiva Negativa, expone que la interpretación del mundo bajo esquemas negativos de pensamiento, hace que las personas procesen la información de forma distorsionada, manifestando que las experiencias desagradables son causadas por defectos personales, psicológicos, morales o físicos, y entienden que el mundo les hace demandas exageradas y/o les presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, anticipando que sus dificultades y sufrimientos actuales continuarán indefinidamente (Beck et al., 1979). Se evidencia que las tres visiones

negativas propuestas por Beck, son teóricamente contrarias al concepto de ISP, que indica el reconocimiento de las capacidades de sí mismo para la solución de problemas y controlar las situaciones de la vida, permitiéndole tener confianza y esperanza en lograr metas futuras; por ende, la Triada Cognitiva Negativa sería un factor crucial para el aumento y/o la disminución del riesgo suicida, fortalecer el autoconcepto, la confianza en sí mismos y la capacidad de resolución de conflictos en los estudiantes va a ser un factor protector para disminuir y mitigar la IS ya que tendrán confianza y esperanza en alcanzar sus metas futuras.

La EADA, CTI y BHS se asociaron de manera estadísticamente significativa entre sí, encontrando que la CTI recoge dentro de sus constructos de visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro, a la desesperanza y la baja autoeficacia, por su similitud y acercamiento teórico. De tal manera que, la visión negativa de sí mismo se compagina con la noción de baja autoeficacia, y la visión negativa del futuro se asemeja al constructo de desesperanza.

### **7.3 Limitaciones y consideraciones para futuras investigaciones**

Entre las principales limitaciones del presente estudio, se destaca la poca representatividad del total de la muestra para cada una de las áreas académicas, la orientación sexual y el sexo, lo cual no permite obtener datos representativos que soporten posibles comparaciones entre los grupos.

Otra limitación tiene que ver con la metodología empleada para la recolección de datos, dado el contexto de pandemia por el SARS-CoV-2, se imposibilitó asistir presencialmente a la universidad, lo que provocó que la forma más asequible para recolectar datos fuese a través de un formulario digital, que disminuyó significativamente la participación esperada de los estudiantes universitarios. Esta participación también se pudo ver afectada por el envío masivo de formularios digitales de otras investigaciones que coincidió temporalmente con la recolección de datos para esta investigación y que probablemente generó cansancio e indisposición entre los estudiantes.

Una limitación más del estudio fue no contar con criterios de calificación e interpretación en el contexto colombiano para los instrumentos CTI y EADA, por lo que no fue posible establecer la prevalencia de estos instrumentos de acuerdo con los objetivos planteados.

Para futuras investigaciones se recomienda aumentar el número y la representatividad de la muestra, utilizando una metodología aleatoria para la recolección de datos, que garantice la generalización de estos. En relación con el estado civil, sería idóneo indagar directamente por la existencia de una pareja más que por el estado civil legal, ya que como se mencionó anteriormente, muchas de las personas con pareja responden que están solteros, aun cuando existe un noviazgo de por medio. En cuanto a la variable sociodemográfica de sexo, se recomienda que la muestra sea equilibrada entre hombres y mujeres para obtener datos que permitan hacer mejores análisis comparativos. Es importante recalcar que la IS es la primera manifestación dentro del espectro de la conducta suicida y desde allí se puede prevenir un eventual suicidio, es por ello que se hace un llamado a estudiar más a fondo este fenómeno para implementar intervenciones en etapas tempranas.

## **8 Conclusión**

En conclusión, en estudiantes universitarios de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente, la IS se asoció de manera estadísticamente significativa con la Desesperanza, la Baja Autoeficacia y la Triada Cognitiva Negativa, a su vez, estos tres últimos conceptos también se relacionaron de manera estadísticamente significativa entre sí. Según los resultados de la investigación, la caracterización de factores de riesgo para la aparición de IS en dicha población sería: ser estudiante activo, tener entre 18-25 años, hombre o mujer, de primero a quinto semestre, con 8 a 16 créditos matriculados, en ausencia de creencias religiosas y/o espirituales, con afectaciones psicológicas y emocionales debido a la pandemia por SARS-CoV-2 y las medidas tomadas por el gobierno para su mitigación; en cuanto a la prevalencia, el porcentaje de IS fue del 14,2% y el de Desesperanza fue del 6,6% en el total de la muestra. Finalmente, a partir de los hallazgos obtenidos, se considera pertinente implementar estrategias de intervención para disminuir el riesgo de IS, haciendo énfasis en la promoción y consolidación de factores protectores que propicien bienestar y fomenten el desarrollo de salud mental en los estudiantes universitarios.

## Referencias

- Álvarez, E. & Barra, E. (2010). Autoeficacia, Estrés Percibido y Adherencia Terapéutica en Pacientes Hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 63-72. <https://bit.ly/3HNio8T>
- Álvarez, L., Ayala, N. & Bascuñán, R. (2019). Las Distorsiones Cognitivas y el Riesgo de Suicidio en una Muestra de Adolescentes Chilenos y Colombianos: Un Estudio Descriptivo-Correlacional. *Psicogente*, 22(41), 1-22. <https://bit.ly/3JnCYgM>
- Ayala Quezada, C. Z. (2010). *El Estrés Académico De Los Estudiantes Preuniversitarios Y Su Relación Con Los Resultados Del Test De Habilidades, Realizado En La Sección De Orientación Vocacional* [tesis de pregrado, Universidad de San Carlos de Guatemala] Repositorio Universidad de San Carlos de Guatemala. <https://bit.ly/3HNrW3N>
- Baader, M. T., Urra, P. E., Millán, A. R., & Yáñez, M. L. (2011). Algunas Consideraciones Sobre el Intento de Suicidio y su Enfrentamiento. *Revista Médica Clínica las Condes*, 22(3), 303-309. <https://bit.ly/3HOqGgM>
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://bit.ly/3rJ217X>
- Barbisch, D., Koenig, K., & Shih, F. (2015). Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(5), 547-53. <https://bit.ly/3gI05WM>
- Bardales, K., Díaz, P., Jiménez, M., Terreros, M., & Valencia, L. (2006). *Psicología Social: Pasado, Presente y Futuro*. Universidad del Valle: Instituto de Psicología.
- Barradas, M., Castillo, R., Rodríguez, P., Rodríguez, E., & Santiesteban, G. (2017). Prevalencia de la IS en Estudiantes de Medicina en Latinoamérica: Un Metaanálisis. *Revista Iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo*, 15(8), 387-418. <https://bit.ly/3rLjPzq>
- Barraza, A., (2012), Estresores en Alumnos de Licenciatura y su Relación con dos Indicadores Autoinformados del Desempeño Académico. *Investigación Educativa Duranguense*, 1(12), 22-29. <https://bit.ly/3uL9gy2>

- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press. <https://bit.ly/3Jdodgm>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press. <https://bit.ly/3GL1G99>
- Beck, A., & Weishaar, M. (1990). Suicide Risk Assessment and Prediction. *Crisis*, 11(2), 22-30. <https://bit.ly/3Lvq3Lm>
- Blandón, O., Carmona, J., Mendoza, M, & Medina, O. (2015). Ideación Suicida y Factores Asociados en Jóvenes Universitarios de la Ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469-478. <https://bit.ly/3BdofSF>
- Bridge, J., Goldstein, T., & Brent, D. (2006). Adolescent Suicide and Suicidal Behavior. *J Child Psychol Psyc*, 4(73/4), 372-394. <https://bit.ly/3syLMJK>
- Bruges, H., Caballero, C., & Suárez, Y. (2015). Características de Inteligencia Emocional en un Grupo de Universitarios con y sin Ideación Suicida. *Revista CES de psicología*, 8(4), 138-155. <https://bit.ly/34THww7>
- Buendía, J. (2004). *El Suicidio en Adolescentes: Factores Implicados en el Comportamiento Suicida*, Ed. Universidad de Murcia. <https://bit.ly/3uPcv7A>
- Caballero, C., Restrepo, D., & Suárez, Y. (2016). Ideación Suicida y Su Relación con la Inteligencia Emocional en Universitarios Colombianos. *Revista Universidad Industrial de Santander*, 48(4), 470-478. <https://bit.ly/3HSxLNG>
- Cáceres, H., Guzmán, Y., & Sánchez, R. (2005). Estudio de la Imitación como Factor de Riesgo para Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios Adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 12-25. <https://bit.ly/3HNFZX1>
- Calvo, J., Sánchez, R., & Tejada, P. (2003). Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *Revista Salud Pública*, 5(2), 123-143. <https://bit.ly/3BiLVoH>
- Cañón, S. (2011). Factores de Riesgo Asociados a Conductas Suicidas en Niños y Adolescentes. *Arch Med Col*, 11(1), 62-7. <https://bit.ly/3uIQ4AZ>

- Caracol Radio, (2017). El suicidio es un problema de salud pública en Antioquia. En *El Tiempo*.  
<https://bit.ly/3gIzaue>
- Castaño, J., Constanza, S., Betancur, M., Castellanos, P., Guerrero, J., Gallego, A., & Llanos, C. (2015). Factor de Riesgo Suicida Según Dos Cuestionarios, y Factores Asociados en Estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia Sede Manizales. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 11(2), 193-205. <https://bit.ly/34BMUEn>
- Castro Díaz, S., Gómez Restrepo, C., Gil, F., Uribe Restrepo, M., Miranda, C., De la Espriella, M., Arenas, A., & Pinto, D. (2013). Factores de Riesgo para Ideación Suicida en Pacientes con Trastorno Depresivo en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 27-35. <https://bit.ly/3BnLoBR>
- Chan, L., Shamsul, A. & Maniam, T., (2014). Are Predictors of Future Suicide Attempts and the Transition from Suicidal Ideation to Suicide Attempts Shared or Distinct: a 12-Month Prospective Study Among Patients with Depressive Disorders. *Psychiatry Research*, 220(3), 867-73. <https://bit.ly/34R288m>
- Chávez, A & Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la Suicidología Moderna. *Salud Mental*, 33(4). 355-360. <https://bit.ly/3Jlux5s>
- Cheung, Y., Chau, P. & Yip, P. (2008). A Revisit on Older Adults Suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) Epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23, 1231–1238. <https://bit.ly/3Lpk3nD>
- Choi, N. (2004). Sex Role Group Differences in Specific, Academic, and General Selfefficacy. *The Journal of Psychology*, 138(1), 149-159. <https://bit.ly/3gEJAL4>
- Coffin, N., Álvarez, M., & Marín, A. (2011). Depresión e Ideación Suicida en Estudiantes de la FESI: un Estudio Piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341-354. <https://bit.ly/34w7zKi>
- Cortina, E., Peña, M., & Gómez, Y. (2009). Factores Psicológicos Asociados a Intentos de Suicidio en Jóvenes entre 16-25 Años del Valle de Aburrá. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 1(1), 55-73. <https://bit.ly/3gLqVgE>

- Del Castillo, A., Guzmán, R., Iglesias, S. & Reyes, I. (2012). Validez Divergente y Convergente del Instrumento de Autoeficacia al Tratamiento en Diabetes. *Psicología Iberoamericana*, 20(2) 58-65. <https://bit.ly/3gGxxwZ>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2018). DANE: *Estadísticas Vitales EEVV Censos y Demografía. Procesado con Redatam Webserver*. <https://bit.ly/3uLgKRz>
- Díaz, A., Pérez, A., & Rozo, J. (2014). Caracterización del Suicidio en Adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010. *Revista facultad de Medicina Universidad Nacional*, 63(3), 431-8. <https://bit.ly/3BdpzF7>
- Díaz Santos, M., Cumba Avilés, E., Bernal, G. & Rivera Medina, C. (2008). Desarrollo y Propiedades Psicométricas de la Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes (EADA). *Interam J Psychol*, 42(2), 218-227. <https://bit.ly/34yCJ3z>
- Diekstra, R. (1995). The Prevention of Suicidal Behavior: A Review of Evidence for the Efficacy of Community Based-Programs. *Revista Internacional de Salud Mental*, 21(3), 69-87. <https://bit.ly/3GJB2NU>
- Dimple, D., Quadros, S., Juzer, Z., & Mamun, M. (2020). Aggregated COVID-19 Suicide Incidences in India: Fear of COVID-19 Infection is the Prominent Causative Factor. *Psychiatry Research*, 290, 113-145. <https://bit.ly/3stzEcQ>
- Duarté, Y., Lorenzo, L. & Rosselló, J. (2012). Ideación Suicida: Síntomas Depresivos, Pensamientos Disfuncionales, Autoconcepto, y Estrategias de Manejo en Adolescentes Puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(1), 1-17. <https://bit.ly/3oIf4nY>
- Durkheim, E., (2016) *El Suicidio*, Ed. Titivillus. <https://bit.ly/3uH8gep>
- Eguiluz, L. (2003). Ideación Suicida en los jóvenes: prevención y asistencia. *Revista perspectivas sistémicas*, 78, 3-6.
- Eguiluz R., Lourdes, L & Ayala, M. (2014). Relación entre Ideación Suicida, Depresión y Funcionamiento Familiar en Adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 72-80. <https://bit.ly/3gHXaNS>

- Fergusson, D., Beautrais, A., & Horwood, L. (2003). Vulnerability and Resiliency to Suicidal Behaviours in Young People. *Psychological Medicine*, 33(1), 61-73. <https://bit.ly/3oJtrZs>
- Franco, S., Gutiérrez, M., Sarmiento, J., Cuspoca, D., Tatis, J., Castillejo, A., Barrios, M., Ballesteros, M., Zamora, S. & Rodríguez, C. (2017). Suicidio en Estudiantes Universitarios en Bogotá, Colombia, 2004–2014. *Ciência y Saúde Coletiva*, 22(1), 269–278. <https://bit.ly/3JDMJHR>
- Fuentes, M., González, A., Castaño, J., Hurtado, C., Ocampo, P., Páez, M., Pava, D. & Zuluaga, L. (2009). Riesgo Suicida y Factores Relacionados en Estudiantes de 6° a 11° Grado en Colegios de Manizales (Colombia) 2007-2008. *Archivos de Medicina*, 9(2), 110-122. <https://bit.ly/3uGh9Vz>
- Fonseca, E., Diez, A., De La Barrera, U., Sebastian, C., Ortuño, J., Montoya, I., Lucas, B., Inchausti, F., & Pérez, A. (2020). Conducta Suicida en Adolescentes: Un Análisis de Redes. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 481, 1-11. <https://bit.ly/3rJpqWR>
- Gámez, J., Gámez, Y., & Noreña, E. (2011). Depresión, Autoestima y su Relación con la Ideación Suicida en Estudiantes de un Colegio Privado de la Ciudad de Ciénaga - Magdalena (Colombia). *Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 8(1), 13-19. <https://bit.ly/3gH16yu>
- Glattli, H. (2014). Evaluación del Riesgo de Suicidio. *Hojas Clínicas de Salud Mental*, 1, 35-48. <https://bit.ly/3BkfHtk>
- Gómez, A. (2012). Evaluación del Riesgo de Suicidio: Enfoque Actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 607–615. <https://bit.ly/34SFMmN>
- Gonçalves, A., Da Cruz Sequeira, C., Duarte, J & de Freitas, P. (2016). Suicidal Ideation on Higher Education Students: Influence of Some Psychosocial Variables. *Arch Psychiatr Nurs*, 30(2), 162-166 <https://bit.ly/34OW2Fy>
- González, C. (2009). Propiedades Psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck en una Muestra Bogotana. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(2), 17-30. <https://bit.ly/34LIF97>

- González, C., Mariño, C., Rojas, E., Mondragón, L. & Medina, E. (1998). Intento de Suicidio en Estudiantes de la Ciudad de Pachuca Hidalgo y su Relación con el Malestar Depresivo y el Uso de Sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15, 165-167. <https://bit.ly/3LpOolQ>
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. & Hecht, J. (1993). Self-Efficacy and Behavior Among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104. <https://bit.ly/3GXA7cR>
- Hatkevich, C., Penner, F., & Sharp, C. (2019). Difficulties in Emotion Regulation and Suicide Ideation and Attempt in Adolescent Inpatients. *Psychiatry Research*, 271, 230–238. <https://bit.ly/3GJWouk>
- Hawton, K., Casañas, I., Comabella, C., Haw, C & Saunders, K. (2013). Risk Factors for Suicide in Individuals with Depression: A Systematic Review. *Journal Of Affective Disorders*, 147(1-3), 17-28. <https://bit.ly/3GJIf0j>
- Hernández, P. & Villareal, R. (2015). Algunas Especificidades en torno a la Conducta Suicida. *Medisan*, 19(8), 1051-1058. <https://bit.ly/3uL1ioK>
- Inostroza, C., Cova, F., Bustos, C., & Quijada, Y. (2015). Desesperanza y Afrontamiento Centrado en la Tarea Median la Relación entre Sintomatología Depresiva y Conducta Suicida no Letal en Pacientes de Salud Mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(4), 231-240. <https://bit.ly/3uRZ9r4>
- Jager, S., Cunningham, A., Wenzel, A., Mattei, S., Brown, G., & Beck, A. (2014). Cognitive Distortions and Suicide Attempts. *Cognit Ther Res*, 38(4), 369-74. <https://bit.ly/3HMyksc>
- Jiménez, K., Carballo, J., Cano, M. & Marín, M. (2014). Relación entre el Riesgo de Suicidio, Estrategias de Afrontamiento y Autoeficacia en Dependientes del Alcohol, *salud y drogas*, 14(2), 121-129. <https://bit.ly/3Jl2Ycl>
- Killgore, W., Cloonan, S., Emily C., Taylor, E., Fernández, F., Grandner, M & Dailey, N. (2020). Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic: The Role of Insomnia. *Psychiatry Research*, 290. 113-134. <https://bit.ly/3oHnrAc>

- Kisch, J., Leino, E. V., & Silverman, M. M. (2005). Aspects of Suicidal Behavior, Depression, and Treatment in College Students: Results from the Spring 2000 National College Health Assessment Survey. *Suicide and Life-Threat Behavior*, 35, 3-13. <https://bit.ly/3szcNge>
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation to Action Theories of Suicide: A Conceptual and Empirical Update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38-43. <https://bit.ly/3Bgl2BK>
- Labrador, C. (2012). *Estrés académico en Estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis* [tesis doctoral, Universidad de Alcalá] Biblioteca Digital Universidad de Alcalá. <https://bit.ly/3Bey4j4>
- Lasgaard, M., Goossens, L., & Elklit. (2011). Loneliness, Depressive Symptomatology, and Suicide Ideation in Adolescence: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1). 137-150. <https://bit.ly/3Bf36HN>
- Lien, D., & Zhang, S. (2020). Words Matter Life: The Effect of Language on Suicide Behavior. *Journal of Behavioral and Experimental Economics*, 86(1), 1-38. <https://bit.ly/34FK0hU>
- Liscano, D. (2016). *Educación para la Diversidad: Las Representaciones Sociales y Prácticas Culturales Frente a la Población LGTBI en la Universidad*. [tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. Repositorio Digital Universidad Autónoma de Barcelona. <https://bit.ly/3swSIHr>
- Loades, M., Chatburn, E., Higson, N., Reynolds, S., Brigden, A., Linney, C., Niamh, M., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1-38. <https://bit.ly/3uKYPdR>
- Loba, N., & Morales, D. (2016). Perfil de Orientación al Suicidio en Adolescentes Escolarizados, Villahermosa-Tolima, 2013. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 96- 104. <https://bit.ly/3HXGz4w>

- Losantos, M. & Pinto, B. (2004). Autoeficacia en el Comportamiento Interpersonal de Mujeres Adolescentes con Indicadores de Trastornos Alimentarios. *Ajayu*, 2(1), 1-11. <https://bit.ly/3GHHAfL>
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439-457. <https://bit.ly/3uHhN5b>
- Maia, B., & Dias, P. (2020). Ansiedade, Depressão e Estresse em Estudantes Universitários: O Impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, 1-8. <https://bit.ly/3sD21Wk>
- Malone, K., Oquendo, M., Haas, G., Ellis, S., Li, S., & Mann, J. (2000). Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Ñiving. *Am J Psychiatry*, 157, 1084-1088. <https://bit.ly/3636g5L>
- Manzilla, F. (2010). Suicidio y Prevención. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 33(119), 649-652. <https://bit.ly/3BjSXcY>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [MPS]. (2018). MPS: *Boletín de Salud Mental Conducta Suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. <https://bit.ly/35ZcWlm>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [MPS]. (2014). MPS: *Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud*. <https://bit.ly/34FxpVv>
- Moreno, C., & Araque, Y. (2016). *Estudio Descriptivo Correlacional: IS, Emociones Negativas, Autoestima, Satisfacción Vital en Adolescentes de la Localidad Kennedy*. [tesis de pregrado, Universidad Santo Tomás] Repositorio Universidad Santo Tomás. <https://bit.ly/3Lt0w5y>
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., ..., & Williams, D. (2008). Cross-national Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans, and Attempts. *British Journal Psychiatry*, 192, 98-105. <https://bit.ly/3gFkoEf>

- Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y Conductas de Salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15. <https://bit.ly/33k9y3G>
- Organización Mundial de la Salud [OMS-WHO]. (2014). World Health Organization: *Prevención del suicidio: un imperativo global*. <https://bit.ly/3HODpA3>
- Organización Mundial de la Salud [OMS-WHO]. (2019). World Health Organization: *Factores de Riesgo*. <https://bit.ly/3Lv1HBt>
- Osman, A., Gutiérrez, P., Jiandani, J., Barrios, F., Linden, S., & Truelove, R. (2000). A Preliminary Validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory with Normal Adolescent Samples. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 493-512. <https://bit.ly/3GJbFLZ>
- Osnaya, M., Pérez, J., Luna, B & Villanueva, G. (2013). Características del Estudiante con y sin IS del Colegio de Bachilleres de San Luis Potosí (México). *Salud y Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 4(2), 120-134. <https://bit.ly/34GOqFg>
- Palacios, J. (2015). Estimación Psicométrica de la Escala de Autoeficacia ante Conductas de Riesgo para Adolescentes en México, *Psychosocial Intervention*, 24(1), 1-7. <https://bit.ly/3oKSY4j>
- Palacios, X., & Ocampo, J. (2011). Situación Actual del Conocimiento Acerca del Suicidio en las Personas con Cáncer. *Revista Ciencias de la Salud*, 9(2), 173-190. <https://bit.ly/3LqrfQp>
- Pérez, S. (1999). El Suicidio, Comportamiento y Prevención. *Rev Cuba Med Gen Integr*, 15(2), 196-217. <https://bit.ly/3HLchC4>
- Pérez, M.P., Vianchá, M.A., Martínez, L.C. & Salas, I.C. (2014). El Maltrato Familiar y su Relación con la IS en Adolescentes Escolarizados de Instituciones Públicas y Privadas de las Ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso. *Psicogente*, 17(31), 80-92. <https://bit.ly/33g2y7Q>

- Pires, M., & Berger, W. (2020). COVID-19 Pandemics and Mental Health: In Times Like These, We Learn to Live Again. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69(3), 1-2. <https://bit.ly/3suJStu>
- Pössel, P., (2009), Cognitive Triad Inventory (CTI): Psychometric Properties and Factor Structure of the German Translation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2) 240–247. <https://bit.ly/34PX2Jy>
- Ramírez, Y., Flórez, H., Cardona, D., Segura, AM., Segura, A., Muñoz, D., Lizcano, D., Morales, S., Arango, C., & Agudelo, M. (2018). Factores Asociados con la IS del Adulto Mayor en Tres Ciudades de Colombia. *Rev Colomb Psiquiat.*, 293, 1-12. <https://bit.ly/3suKdMM>
- Rodríguez, J. (2016). Comportamiento del Suicidio. Colombia 2016. *Forensis datos para la vida*, 18(1), 402-438. <https://bit.ly/33hT0sZ>
- Rosales, J., Córdova, M. & Escobar, M. (2013). IS en Estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y Variables Asociadas. *Alternativas en psicología*, 17(28), 20-32. <https://bit.ly/34ACiFW>
- Rosselló, J., & Berríos, M. (2004). IS, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 40-48. <https://bit.ly/3gIXuvO>
- Rueda, G., Castro, V., Martínez, A., Moreno, C., Martínez, G., & Camacho, P. (2018). Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en Pacientes con Riesgo Suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 86-93. <https://bit.ly/3HQACXe>
- Salgado, A. (2014), Revisión de Estudios Empíricos Sobre el Impacto de la Religión, Religiosidad y Espiritualidad como Factores Protectores. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 121-159. <https://bit.ly/3HOuU8m>
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). IS en Adolescentes Universitarios: Incidencia y Factores Asociados. *Revista Biomédica*, 22, 407-416. <https://bit.ly/3gHHr1p>

- Sánchez, A. & Vázquez, C. (2012). Sesgos de Atención Selectiva como Factor de Mantenimiento y Vulnerabilidad a la Depresión: Una Revisión Crítica, *Terapia Psicológica*, 30(3), 103-117. <https://bit.ly/3rMY42a>
- Santos, H., Marcon, S., Espinosa, M., Baptista, M & Paulo, P. (2017). Factores Asociados a la IS entre Estudiantes Universitarios. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 25(0), 1-8. <https://bit.ly/3gForQX>
- Siabato, E., & Salamanca, Y. (2014). Factores Asociados a IS en Universitarios. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 71-81. <https://bit.ly/3gYsb0p>
- Sokero, P., Eerola, M., Rytälä, H., Melartin, T., Leskelä, U., Lestelä, P., & Isometsä, E. (2006). Decline in Suicidal Ideation Among Patients with MDD is Preceded by Decline in Depression and Hopelessness. *Journal of Affective Disorders*, 95, 95-102. <https://bit.ly/3Jp05Y2>
- Thakur, V. & Jain, A. (2020). COVID 2019-Suicides: A Global Psychological Pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 952-953. <https://bit.ly/34D8pov>
- Torres, A. (2017). *Factores Psicosociales que Intervienen en la Postura Religiosa de Dos Casos, Un Estudiante Y Un Egresado, de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad De Antioquia. Un Estudio de Caso* [tesis de pregrado, Universidad de Antioquia]. Biblioteca Digital Universidad De Antioquia. <https://bit.ly/3gJLNF8>
- Toro, R. (2013), Conducta Suicida: Consideraciones Prácticas para la Implementación de la Terapia Cognitiva. *Psychol av discip*, 7(1), 93-102. <https://bit.ly/3HRGsHR>
- Toro, R., Avendaño, B. & Castrillón, D. (2016). Diseño y Análisis Psicométrico del Inventario de Desesperanza e IS IDIS. *Rev. int.j.psychol.res*, 9(1), 52-63. <https://bit.ly/3BgcPxr>
- Toro, R., Grajales, F. & Sarmiento, J. (2016). Riesgo Suicida Según la Tríada Cognitiva Negativa, Ideación, Desesperanza y Depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486. <https://bit.ly/3sFPy4h>
- Tovar, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A. & Vereau, J. (2006). Escala de Desesperanza de Beck: Adaptación y Características Psicométricas. *Revista IIPSI*, 9(1), 69-79. <https://bit.ly/3LubKH3>

- Troister, T., D'Agata, M., & Holden, R. (2015). Suicide Risk Screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in Undergraduates. *Psychol Assess*, 27(4), 1500-1506. <https://bit.ly/3sEzgbN>
- Unidad de Datos El Tiempo. (2018). El suicidio está en todas partes menos en la política de salud pública. En *El Tiempo*. <https://bit.ly/3BfIY9s>
- Vázquez, A & Manassero, M. (2012). La Selección de Contenidos para Enseñar Naturaleza de la Ciencia y Tecnología (Parte 1): Una Revisión de las Aportaciones de la Investigación Didáctica. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 9(1). 2-31. <https://bit.ly/3HLe5ew>
- Vidal, J., Ruiz, L. & Mejía, R. (2019). Influencia de la Depresión en la IS de los Estudiantes de la Selva Peruana. *Horizonte Médico*, 19(1), 53-58. <https://bit.ly/3swj6B8>
- Villalobos, F. (2010). Validez y Fiabilidad del Inventario de IS Positiva y Negativa-PANSI, en Estudiantes Colombianos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520. <https://bit.ly/3sAepWT>
- Villalobos-Galvis, F. (2009a). Situación de la Conducta Suicida en Estudiantes de Colegios y Universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*, 32(2), 165-171. <https://bit.ly/3BhsTyR>
- Virsedá, J., Amado, G., Bonilla, M., & Gurrola, G. (2011). Afrontamiento e IS en Adolescentes. *Psicología.com*, 15(7), 1-18. <https://bit.ly/3uITN1x>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., & Ho, C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors During the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic Among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729-1754. <https://bit.ly/3BhnUOM>
- Weiss, P., & Murdoch, D. (2020). Clinical Course and Mortality Risk of Severe COVID-19. *The Lancet*, 395, 1014-1015. <https://bit.ly/3LFqRO2>
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A Cognitive Model of Suicidal Behavior: Theory and Treatment. *Appl Prev Psychol*, 12, 189-201. <https://bit.ly/3LxZCoj>

- Wenzel, A., Berchick, E. R., Tenhave, T., Halberstadt, S., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2011). Predictors of Suicide Relative to Other Deaths in Patients with Suicide Attempts and Suicide Ideation: a 30-Year Prospective Study. *J Affect Disorders*, *132*(3), 375-82. <https://bit.ly/3rKxu9K>
- Wenzel, A., Brown, G y Beck A., (2009), *Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications*. American Psychological Association. <https://bit.ly/3BgUDni>
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., ..., & Cao, B. (2020). Clinical Course and Risk Factors for Mortality of Adult Inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A Retrospective Cohort Study. *The Lancet*, *395*, 1054-1062. <https://bit.ly/3oKFRQO>
- Zimmerman, B., Kitsantas, A., & Campillo, M. (2005). Evaluación de la Autoeficacia Regulatoria: Una Perspectiva Social Cognitiva. *Evaluar*, *5*(1), 1 - 21. <https://bit.ly/3sEze3p>