



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Psicología

Intervención cognitivo conductual para la reducción de síntomas depresivos en pacientes suicidas en relación post pandemia.

Tesis para obtener el grado de

Maestra en Psicología

Liliana Luna Espinoza

Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Bajo la dirección/tutoría de

Dra. Priscila Montañez Alvarado

Codirectora

Dra. Sarah Margarita Chávez Valdés

Sínodo

Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar

Dr. Francisco Antonio Calderón González

Dra. Patricia Balcázar Nava

Ciudad Juárez, Chihuahua, mayo de 2025



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Psicología

Intervención cognitivo conductual para la reducción de síntomas depresivos en pacientes suicidas en relación post pandemia.

Tesis para obtener el grado de

Maestra en Psicología

Liliana Luna Espinoza

Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Bajo la dirección/tutoría de

Dra. Priscila Montañez Alvarado

Codirectora

Dra. Sarah Margarita Chávez Valdés

Sínodo

Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar

Dr. Francisco Antonio Calderón González

Dra. Patricia Balcázar Nava

Ciudad Juárez, Chihuahua, mayo de 2025

Dedicatoria

A la mujer que me ha inspirado toda la vida, la que ha sido el pilar fundamental en mi camino, la persona que me ha brindado ese apoyo incondicional, esa mujer que me enseñó que el querer es poder. Esta tesis es un tributo a tu legado y a la eterna admiración que siento por ti, madre.

Te amo mamá

A mi hermana quien sin duda alguna esta vida no sería la misma sin ella, quien me ha brindado todo su apoyo inigualable para poder lograr esta meta, tanto con palabras alentadoras y motivadoras hasta sin dudar en cuidar de mi hijo Leo para poder irme a realizar un verano de investigación a Madrid logrando con ello seguir creciendo tanto académicamente, profesional e individualmente.

Te amo hermana.

A mi hijo quien es mi motor de cada día y mi compañero de vida, a quien le tocó ir de mi lado en esta travesía, quien siempre en aquellos días difíciles nunca faltó una sonrisa o abrazo para que mamá no dejara de seguir adelante.

Te amo hijo.

Agradecimientos

A mi directora la Doctora Priscila Montañez Alvarado, a mi Co-directora la Doctora Sarah Margarita Chávez Valdés y a la Doctora Leticia Riosvelasco Moreno quien fue mi primera directora por brindarme todo su apoyo, tiempo, paciencia y conocimientos que hicieron posible esta formación.

A mis compañeras y compañeros Karen, Fabiola, Karina, Misael, Alexis y Ubaldo por convertirse en una segunda familia, por motivarnos unos a los otros, por cada experiencia que compartimos, todos los momentos vividos a lo largo de estos dos años, son y serán siempre parte de mí.

A mi familia y a mi pareja Paul Cervantes por todo su apoyo incondicional y por no dejarme de motivar todos aquellos momentos que sentía que ya no podía.

Índice de contenido

Índice de tablas	7
Resumen	8
Introducción	10
Datos epidemiológicos e importancia de la conducta de riesgo suicida	12
Antecedentes históricos de la pandemia por COVID-19	12
Marco teórico	14
Suicidio	14
Depresión	22
Terapia Cognitivo Conductual.....	23
Factores de riesgo	26
Estado del arte	28
Intervenciones basadas en TCC.....	29
Justificación	31
Objetivos e hipótesis	32
Objetivo General.....	32
Objetivos específicos.....	32
Hipótesis.....	33
Método	33
Diseño.....	33
Escenario	34
Participantes	34
Criterios de inclusión	34
Criterios de exclusión	35

Materiales	35
Instrumentos	35
Aspectos éticos	36
Procedimiento	37
Ejecución del programa	44
Resultados.....	45
Resultados pilotaje.....	45
Resultados intervención.....	48
Discusión.....	50
Conclusión.....	53
Limitaciones.....	54
Fortalezas.....	55
Referencias bibliográficas.....	56
Anexos.....	65

Índice de tablas.

Tabla 1.	38
Tabla 2.	44
Tabla 3.	46
Tabla 4.	46
Tabla 5.	47
Tabla 6.	47
Tabla 7.	49
Tabla 8.	49
Tabla 9.	50
Tabla 10.....	50

Resumen

La ideación suicida se refiere a pensamientos o deseos relacionados con terminar la propia vida, que pueden empezar desde simples imágenes hasta llegar a la planificación detallada. De acuerdo al contexto post-pandemia de COVID-19, este acontecimiento ha cobrado importancia debido a las crisis desencadenadas por la emergencia sanitaria. Diversos factores que pudieron detonar pensamientos e intentos suicidas fueron el incremento de trastornos mentales tales como la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático entre otros, estos se vieron en aumentos como consecuencia del aislamiento prolongado, la incertidumbre económica, la pérdida de familiares y seres cercanos o el impacto psicológico de la misma enfermedad como tal. Por ello se propone llevar a cabo una intervención con el objetivo de establecer el efecto de un programa basado en Terapia Cognitivo Conductual dirigido a la disminución de síntomas depresivos en estudiantes universitarios. Se realizó un pilotaje con cinco participantes con una edad promedio de la muestra de 22.2 años ($DE=3.114$), donde se encontraron diferencias significativas entre el pretest y posttest.

Posteriormente debido al resultado favorable del pilotaje se procedió a llevar a cabo la intervención con un total de nueve participantes siendo la edad promedio de la muestra de 23.7 años ($DE=2.8626$). El programa de intervención basado en TCC demostró un impacto positivo, evidenciado por la reducción de los síntomas depresivos en los participantes ($z = -2.668, p = 0.008$). Asimismo, se observó una disminución en la ideación suicida dentro del grupo intervenido ($z = -2.670, p = 0.008$).

Palabras clave: depresión, ideación suicida, terapia cognitivo conductual, pandemia, adultos jóvenes

Abstrac

Suicidal ideation refers to thoughts or desires related to ending one's life, which can range from simple images to detailed planning. According to the post-COVID-19 pandemic context, this event has gained importance due to the crises triggered by the health emergency. Various factors that could trigger suicidal thoughts and attempts were the increase in mental disorders such as anxiety, depression, post-traumatic stress among others, these were seen in increases as a consequence of prolonged isolation, economic uncertainty, the loss of family members and loved ones. close ones or the psychological impact of the disease itself. Therefore, it is proposed to carry out an intervention with the objective of establishing the effect of a program based on Cognitive Behavioral Therapy aimed at reducing depressive symptoms in university students. A pilot test was carried out with five participants with an average age of the sample of 22.2 years ($SD=3.114$), where significant differences were found between the pretest and posttest.

Subsequently, due to the favorable result of the piloting, the intervention was carried out with a total of nine participants, with the average age of the sample being 23.7 years ($SD=2.8626$). It was found that the intervention program based on CBT had a positive effect, achieving a decrease in depressive symptoms in the participants ($z = -2.668, p = 0.008$), with respect to suicidal behavior, a decrease in ideation was obtained in the participants ($z = -2.670, p = 0.008$).

Keywords: depression, suicidal ideation, cognitive behavioral therapy, pandemic, young adults.

Introducción

De acuerdo con Altamirano, aproximadamente 800.000 individuos fallecen anualmente por suicidio, lo cual es un problema mundial que afecta a todas las regiones del planeta. Aunado a trastornos mentales, se encontraron otros factores de riesgo para el suicidio, como la percepción y sensación de soledad y aislamiento, que se ha incrementado por el confinamiento causado por la pandemia de COVID-19 (Altamirano et al., 2020).

Estudios indican que la pandemia por COVID-19 ha provocado un incremento significativo en adolescentes y adultos jóvenes en comportamientos de riesgo suicida debido a las condiciones propias del confinamiento, afectando de una manera negativa las habilidades socioemocionales de las personas. De acuerdo con la revisión teórica de Van Orden y colaboradores (2010), el conflicto familiar, el desempleo, y las enfermedades son tres de los factores de riesgo con mayor asociación al suicidio, siendo los tres resultados de la pandemia. Por tal motivo, y ante tal incremento de casos surge la necesidad de la realización del presente estudio.

El mundo vivió una situación extraordinaria con la primera pandemia global registrada en la historia. Teniendo su origen en diciembre de 2019, en Wuhan, provincia de Hubei, China, cuando se identificó el primer caso asociado a una enfermedad respiratoria grave. El agente causante, un nuevo coronavirus inicialmente denominado nCoV-19, fue rápidamente reconocido como responsable del síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por sus siglas en inglés). Siendo en el mes de enero de 2020 emitida una alerta sanitaria internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS), captando la atención de los medios de comunicación y las redes sociales, según lo documentado por Villegas (2020).

Por consiguiente, el 11 de marzo de 2020 la OMS declaró oficialmente el brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) como una pandemia, teniendo como resultado más de

118,000 casos registrados en 114 países y aproximadamente 4,300 muertes asociadas. Este evento marcó un hito en la historia, dado la magnitud y las repercusiones globales de la crisis sanitaria (OMS, 2020)

Citando a Linconao (2020), la emergencia sanitaria provocada por la aparición del virus COVID-19 llevó a las naciones a adoptar medidas preventivas con el objetivo de contener su propagación. En concordancia con las disposiciones del Gobierno de México (2020), se invitó a la población a participar en dichas acciones preventivas para mitigar la transmisión del virus. Como parte de estas estrategias, se implementó el semáforo de riesgo epidemiológico, un mecanismo de monitoreo diseñado para que la ciudadanía pudiera regular el uso de espacios públicos conforme al nivel de riesgo de contagio de COVID-19.

Como respuesta se pusieron en práctica medidas de seguridad para la cuarentena, los cuales consistieron en restringir la circulación de personas expuestas al virus para reducir el riesgo de transmisión y contagios a otros (Brooks et al., 2020). Paralelamente en 2020 de acuerdo con Sánchez-Villena y De la Fuente-Figueroa definieron el aislamiento social como la práctica de mantener distancias físicas entre individuos, con el propósito de prevenir la propagación masiva del virus a nivel mundial. Ambas estrategias jugaron un papel crucial en el control de la pandemia.

Solanet, (2020) expresa que el aislamiento social y el confinamiento provocado por la pandemia COVID 19 tuvieron consecuencias graves para la salud mental debido al estrés, la depresión y la ansiedad por lo que llevo a la sociedad a ajustarse a un estilo de vida inédito debido a la crisis personal y emocional provocada por tal acontecimiento.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020), en lo que respecta a la salud mental, la define como al bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, autonomía,

competencia, dependencia intergeneracional y autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales, tal como indican González y colaboradores (2019).

Datos epidemiológicos

Al hablar de riesgo suicida en el año 2016, se registró que más del 79% de los casos de suicidio ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. De acuerdo con datos de la OMS (2019), cada 40 segundos una persona fallece en el mundo a causa de suicidio, y se estima que, por cada suicidio consumado, más de 20 personas habrían intentado llevarlo a cabo. Por lo tanto, la conducta suicida representa un problema de gran trascendencia para la salud pública, lo que subraya la importancia de incluir su prevención como una prioridad en las agendas globales de políticas públicas (OMS, 2014).

Toro, (2013) aborda el tema del suicidio sustentado en las estadísticas proporcionadas por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, los cuales indican que cada año un millón de personas fallecen a causa de suicidio, lo que equivale a una muerte cada cuarenta segundos. Dado lo mencionado previamente, el suicidio representa el 1,4% de las defunciones en todo el mundo y está clasificado entre las 20 principales razones de mortalidad.

El distanciamiento social causado por la pandemia de COVID-19 fue una fuente de ansiedad importante para la población en general y para los trabajadores de la salud. Se cree que el comportamiento suicida aumentó a medida que la pandemia avanzaba a causa de varios factores de riesgo que se vieron incrementados por el aislamiento, como la soledad, el abuso de sustancias y la violencia doméstica. Los impactos en la salud pública a causa de la pandemia indican un incremento en los casos de intento y consumación de suicidio (Gunnell et al., 2020).

Estadísticas de la Organización Mundial de la Salud en el 2022 refieren que cerca de 700,000 individuos de todo el planeta se quitan la vida anualmente. Dentro de las tres primeras

causas de muerte a nivel mundial se encuentra el suicidio. En México, durante el año 2020, la tasa de mortalidad por suicidio experimentó un aumento del 9.3 % en comparación con 2019, representando el mayor incremento en la última década, según información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2023). Por otro lado, en 2021, estas cifras incrementaron en un 6.7 %. Este periodo coincide con el inicio y desarrollo de la pandemia de COVID-19, provocada por el virus SARS-CoV-2.

Para contextualizar la magnitud del problema, en 2021, el suicidio fue la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años, solo superado por homicidios, accidentes y fallecimientos relacionados con COVID-19 (INEGI, 2021). A nivel nacional, la prevalencia de ideación suicida en adultos se estima en un 7.7 %, mientras que la de intento de suicidio alcanza el 3.5 % (Valdez-Santiago et al., 2023). Entre los principales factores asociados a este fenómeno se encuentran el consumo de sustancias, la presencia de sintomatología depresiva y el abuso sexual, siendo estos los más significativos (Rivera-Rivera et al., 2020).

En concreto y de acuerdo con el INEGI, la cifra total de fallecimientos por suicidio en el año 2019 fue de 7,223. Posteriormente, en el 2020 esta cifra incrementó a 7,896 casos, reflejando un aumento respecto al año anterior. Finalmente, en 2021 se registró el mayor incremento, alcanzando un total de 8,447 suicidios a nivel nacional.

Por parte, de acuerdo con los datos más recientes del INEGI publicadas en el año 2023, las estadísticas arrojaron que, en el 2022 en México, la cifra fue de 8,237 muertes, lo que indica que sucedieron 22 casos diarios por suicidio. Además, en el mismo documento se menciona que Chihuahua, Yucatán y Campeche tuvieron las tasas de suicidio más altas en jóvenes de 15 a 29 años, con 26.4, 23.5 y 18.8 suicidios por cada 100 mil habitantes, respectivamente. En contraste,

las tasas más reducidas se registraron en Veracruz, Baja California y Guerrero, con 4.2%, 3.9% y 1.4%, respectivamente.

Asimismo, de acuerdo con la Fiscalía General del Estado (FGE), en los últimos tres años se han reportado mil 369 casos de suicidio en Chihuahua, principalmente en la capital y Ciudad Juárez, según datos actualizados hasta el 2023. Conforme con datos oficiales, Ciudad Juárez tiene el mayor número de casos con un total de 375, de los cuales son 318 hombres y 57 mujeres, seguido de Chihuahua capital con un total de 351 casos, de los cuales, 278 fueron hombres y 73 mujeres. Finalmente, en tercer lugar, figura Cuauhtémoc con un total de 97 casos, en donde 86 eran hombres y 11 mujeres.

Finalmente, a nivel local, y de acuerdo con el Subsistema Epidemiológico de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) en Ciudad Juárez, los suicidios aumentaron después de la pandemia. Así, en el año 2017, se registraron oficialmente 106 casos; en 2018, 87 casos; en 2019, 85 casos. Después de la emergencia, aumentaron a 119 en 2020; 129 en 2021; 110 en 2022 y 73 casos hasta agosto de 2023. Contando los de este año, hay un total de 709 víctimas en los últimos siete años.

Marco Teórico

Suicidio

Al término del siglo XIX, uno de los principales autores que hablan sobre el suicidio fue Durkheim quien definió el suicidio en términos de un acto personal, propositivo y consistente, mediante el cual el sujeto que lo realiza, busca terminar con su propia vida (Durkheim, 1897). Fue entonces que se produjo un cambio con relación a como se visualizaba hasta el momento este fenómeno, debido a que se le empezó a dar la importancia que ameritaba a todo el contexto que rodean al individuo y se puso mayor atención en los motivos subyacentes (Diekstra, 1993).

La conducta suicida es un fenómeno complejo, con implicaciones existenciales, psicopatológicas, sociales e incluso morales. Una manera inicial de abordar este tema es distinguir entre acto y la conducta suicida. La Organización Mundial de la Salud introdujo el concepto de suicidio como “el acto deliberado de quitarse la vida” (World Health Organization, 2014, p.15) cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10) conceptualiza al suicidio como un deceso por lesión autoinfligida, intencionadamente iniciado por la persona, deliberada, como forma para obtener un resultado esperado, consciente y social, consecuencia de la relación constante de diferentes aspectos, tales como: factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales (Toro, 2013).

No obstante, resulta fundamental definir con precisión la conducta suicida, ya que se trata de un fenómeno complejo y algunos términos utilizados en su estudio pueden resultar poco útiles. Por ello, es esencial contar con definiciones claras tanto para la exploración clínica como para la práctica profesional (Chinchilla et al., 2003). Diversos autores han intentado conceptualizar esta conducta; por ejemplo, Barroso (2019) la describe como un acto consciente y deliberado mediante el cual una persona pone fin a su vida, motivada por un deseo persistente de dejar de existir. Si bien no existe un consenso absoluto sobre su definición, la mayoría de las propuestas coinciden en tres elementos clave: la muerte de la persona, la presencia de una intención clara de morir y el carácter autoinfligido del acto (Crosby et al., 2011; Rangel & Jurado, 2022).

En este sentido es que a través del tiempo, se han formulado diversas teorías de enfoque biopsicosocial con el propósito de observar y esclarecer la transición de la ideación suicida hacia la

manifestación de conductas suicidas, así como de desarrollar modelos que faciliten la comprensión de los factores predisponentes a este fenómeno.

Uno de los primeros enfoques en este ámbito es el Modelo Diátesis-Estrés, el cual sostiene que la depresión, por sí sola, no es un predictor suficiente de conductas suicidas futuras. En su lugar, este modelo considera la interacción de factores genéticos, psicológicos y ambientales como elementos de riesgo que pueden predisponer a un individuo a desarrollar conductas suicidas y aumentar su vulnerabilidad frente a situaciones de estrés (Mann et al., 1999; van Heeringen, 2012). Entre los factores de riesgo asociados se incluyen diversas psicopatologías, como la depresión, así como factores sociales, antecedentes de conductas suicidas y elementos externos. De acuerdo con este modelo, el suicidio es el resultado de la interacción entre estos factores y la susceptibilidad individual de la persona (Broerman, 2020; Franklin et al., 2017).

En cuanto a la comunicación relacionada con el suicidio, ésta se refiere a cualquier expresión, ya sea verbal o no verbal, que manifieste la intención de poner fin a la propia vida sin llegar a causar algún daño físico. Incluye desde las amenazas suicidas, las cuales pueden ser señales de conductas predictivas, relacionadas con el suicidio, así como el plan suicida, que implica la determinación de un método específico para autolesionarse (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012; Silverman et al., 2007).

Existen tres tipos de conductas relacionadas con el suicidio, cuya principal diferencia radica en el grado de intencionalidad suicida. La primera es la autolesión, caracterizada por un nivel muy bajo o nulo de intención de morir. La segunda es la conducta suicida de intencionalidad no determinada, en la que no es posible establecer con claridad si existía o no la intención de acabar con la vida, aunque puede llegar a tener consecuencias fatales. Finalmente, la categoría más grave es el intento de suicidio, ya que implica una intención clara y consciente de morir; si el acto resulta

letal, se convierte en suicidio consumado (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012; Silverman et al., 2007).

Por su parte, Beck (1999) sostiene que la ideación suicida consiste en pensamientos distorsionados persistentes, planificación detallada y búsqueda de escapatoria ante problemas insolubles. La autoeliminación implica que la persona afectada busca continuamente poner fin a su vida, reduciendo al mismo tiempo sus redes de apoyo emocional y social. Así, en el momento de decidir poner fin a su vida, una persona puede experimentar tres elementos esenciales: 1) un intenso dolor emocional, 2) la carencia de habilidades psicológicas para hacer frente a la situación, y 3) problemas cognitivos que impiden tener los pensamientos claros. En su conjunto, generan un sentimiento abrumador de desesperanza hacia el futuro, pues se consideran como la única alternativa y solución.

Siguiendo con este mismo autor, en la Teoría Cognitiva de la Depresión, Beck desarrolló un concepto clave el que nombró la Triada Cognitiva Negativa (1976), la cual tiene como característica principal que las personas con depresión presentan un patrón de pensamientos negativos o distorsionados. La TCN se compone de tres elementos:

- 1)- Visión negativa de uno mismo: La percepción propia es negativa, sintiendo menosprecio hacia sí mismo e incluso identificándose como una persona sin valor.
- 2)- Visión negativa del mundo: La persona percibe su entorno como algo injusto y hostil.
- 3)- Visión negativa del futuro: La persona suele anticipar eventos futuros de manera pesimista, con pensamientos catastrofistas, con la expectativa de que pasará lo peor.

Desde una perspectiva clínica, se considera que la tríada cognitiva es un componente esencial en la evaluación y tratamiento de la depresión. Bajo estos argumentos de la TC, es que las intervenciones basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) buscan modificar estas

distorsiones cognitivas mediante técnicas como la reestructuración cognitiva y el cuestionamiento socrático (Beck, 2011).

Por otra parte, Bobes y colaboradores en 2011, refieren que, ante esta situación, la decisión de autoeliminación no está relacionada con la moralidad, sino con el extremo sufrimiento emocional que experimentan algunos seres humanos, es decir, sentirse sobrepasados y no ver esperanza de resolver los problemas en el futuro, sin considerar que la cobardía o valentía estén involucradas. En este tenor, Melo (2014), refiere que la persona con comportamiento de autoeliminación experimenta graves conflictos en el funcionamiento del Yo, periodos en los que su capacidad de valoración y afecto (autoestima) se ve considerablemente afectada.

Cuando se habla del concepto de para- suicidio, creado por Kreitman y Philip en 1969, éste hace referencia a un acto que simula la intención de suicidarse, pero sin la intención real de llevarlo a cabo, es decir, un gesto. Esto se refiere a las acciones que parecen suicidas, pero que no buscan completar el acto, sino más bien lograr un cambio en su entorno y todo aquello que lo rodea. No obstante, es importante no perder de vista y hacer énfasis que esto indica una petición de ayuda.

Asimismo, Almonte (2003), refiere que las conductas autodestructivas van desde pensamientos vagos sobre la muerte hasta pensamientos detallados, planificados y recurrentes sobre la autoeliminación, que describe como el proceso en el que se comienza con pensamientos, luego se elabora un plan y finalmente éste se lleva a cabo, resultando en un intento fallido o completado. De esta manera, se puede interpretar la conducta suicida como un proceso que comienza con el deseo de quitarse la vida, continúa con el intento y termina con el fallecimiento. Por lo que las ideas de suicidio pueden variar desde pensar que la vida no vale tanto hasta planificar un acto mortal.

Este mismo autor, señala que la mayoría de los teóricos concuerdan en que, desde la infancia hasta la adolescencia, la ideación de autoeliminación es un proceso gradual que siempre se manifiesta como un síntoma (Almonte, 2003). Este proceso abarca:

1) Ideación suicida: Pueden variar desde ideas sin detalle sobre morir, pérdida de interés en la vida, hasta pensamientos detallados y constantes de hacerse daño o llegar a la muerte, siendo necesarios un plan y herramientas para llevarlo a cabo.

2) Amenaza o gesto suicida: Señales previas o antecesoras de actos que podrían culminar en daño o muerte si se llevan a cabo.

3)-Intento de suicidio: Es un acto realizado por una persona que experimenta pensamientos suicidas, con la intención de quitarse la vida. Dependiendo de la gravedad del acto puede clasificarse como intento leve (situación en la que la acción no representa un riesgo significativo para la vida de la persona) o intento grave (el cual podría resultar en la muerte si no se recibe intervención médica y/o atención psicológica).

4)-Suicidio consumado: Todas las acciones de autoeliminación por parte del paciente que logran el objetivo.

Es importante señalar que, en cuanto a los comportamientos suicidas, no siempre se requiere de un trastorno subyacente para desencadenarlos, ya que pueden brotar en diversas circunstancias como lo son momentos estresantes, historial familiar disfuncional, influencia de los medios de comunicación, entre otros (Montenegro & Guajardo, 2000).

Por otra parte, Beck et al.(1979) refieren que existe 4 dimensiones de la ideación suicida:

1)- Actitud hacia la Vida / Muerte: El ser humano es el único ser que experimenta ideaciones sobre la vida y la muerte en ciertos momentos de su existencia. No obstante, a medida que avanza el tiempo y gracias a la constante mejora personal, la situación cambia positivamente.

2) - Pensamientos/Deseos de suicidas: Los pensamientos de suicidio son señales y síntomas de depresión, así como un claro indicador de dificultad para manejar los desafíos diarios, resolver problemas y afrontarlos.

3) Proyecto de intento Suicida: Es la intención que el individuo tiene de implementar y llevarla a cabo, es decir, un plan estratégico para finalizar su vida.

4) Desesperanza: La desesperanza se define como una percepción pesimista y distorsionada sobre lo que está por venir y la imposibilidad de cómo resolverlo.

Es importante señalar que de acuerdo con Hernández y Villarreal (2015), la conducta suicida no es hereditaria, es decir, no se encuentra en la genética. No obstante, algunas enfermedades mentales sí lo son. Es importante investigar antecedentes patológicos familiares en pacientes con ideación suicida para intervenir eficazmente en la reducción de la tendencia suicida. Esto también facilitaría la prevención, promoviendo estilos de vida saludables como el ejercicio, la sexualidad responsable, hábitos saludables de sueño y alimentación, una buena gestión del tiempo, la tolerancia a la frustración, entre otros.

Así mismo, de acuerdo por lo descrito anteriormente sobre el modelo de factores explicativos del suicidio desarrollado por Villardón (2004), refiere que dicha problemática pertenece a un enfoque multicausal en donde existen cuatro componentes que lo rodean, siendo uno de ellos el factor personal de donde se derivan la baja autoestima, depresión, desesperanza, dificultad para regular emociones e incluso baja tolerancia a la frustración. El autor antes mencionado, señala, además, que otros componentes son los factores familiares que incluyen la baja comunicación, conflictos familiares, estilos parentales autoritarios violencia intrafamiliar entre otras. Seguido de ello se encuentran los factores escolares de los cuales se puede observar la baja o nula integración escolar, bajo rendimiento académico, bullying, la percepción de exclusión social o

de no pertenecer al grupo. Por último, el cuarto componente del enfoque multicausal son los factores sociales y culturales de los cuales derivan la escasa o nula red de apoyo, la violencia social, y la pobreza entre otros. Con lo cual, dicha autora busca explicar a través de este modelo, es que el suicidio no se deriva de una única causa, sino de la acumulación de elementos adversos como los descritos con anterioridad (Villardón, 2004).

En relación con la vulnerabilidad al suicidio, Toro (2013) señala que, según datos estadísticos, los adolescentes y adultos jóvenes constituyen la población con mayor riesgo a nivel mundial. Esta situación ha empeorado con el paso del tiempo, ya que el suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. De acuerdo con informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), en este grupo de edad se registra un intento de suicidio cada tres segundos, con una muerte por suicidio cada 40 segundos.

La teoría más reciente en este ámbito es la Teoría de los Tres Pasos, propuesta por Klonsky y May (2015), la cual plantea que la ideación suicida surge a partir de dos factores principales: el dolor psicológico y la desesperanza. Si esta ideación persiste sin resolverse, entra en juego un tercer factor, el sentido de pertenencia, que proporciona a la persona un propósito y conexión con los demás. No obstante, cuando el dolor y la desesperanza superan este sentimiento de pertenencia, la ideación suicida evoluciona de una forma pasiva a una activa (Klonsky et al., 2016; Yang et al., 2019).

Por otra parte, de acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente a través de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, se han realizado en los últimos 25 años diversos estudios los cuales tienen como finalidad investigar en diversas poblaciones de México y diferentes ciudades alrededor de la república mexicana, los cuales tuvieron como objetivo centrarse en el intento de suicidio, la ideación suicida y con menor

porcentaje los intentos consumados. La población que predominó en dichos estudios fue la de los adolescentes, seguido de ellos, los adultos y en menor porcentaje fueron niños. Cabe destacar que todos los artículos revisados tuvieron un enfoque psicosocial, epidemiológico o ambos (Jiménez Tapia & González-Forteza, 2003).

Depresión

Al hablar de la depresión es importante mencionar al autor Aaron T. Beck el cual fue una figura fundamental tanto en la comprensión como en el tratamiento de la depresión ya que introdujo un enfoque innovador que cambió radicalmente la forma en cómo se conceptualiza este trastorno. Para este autor la depresión es un trastorno emocional que surge como resultados de patrones de pensamientos negativos y disfuncionales (Beck. 1976).

Antes de Beck, la depresión se explicaba predominantemente desde los modelos del psicoanálisis o también médico, es decir, centrados en conflictos inconscientes o desajustes químicos. Fue entonces que Beck propuso el modelo cognitivo el cual refiere que la depresión no solo era producto de causas biológicas, sino que también se daba por distorsiones sistemáticas en el pensamiento que llevan al individuo a interpretar su futuro, al mundo y a sí mismo de manera negativa, generando así, lo que ahora se conoce como Triada cognitiva negativa (Disner et al., 2011).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2022), refiere que la depresión es un trastorno mental más común de lo que generalmente se percibe. En este sentido, señala que el 5% de los adultos sufren de este trastorno, que se distingue por una tristeza perseverante, una notoria disminución o falta de interés e incluso llegar al punto de no disfrutar de todas aquellas actividades que antes resultaban satisfactorias y agradables para la persona. Otras afectaciones importantes que

son visibles son los problemas en el descanso y problemas con la alimentación, siendo común que estos síntomas vayan acompañados de fatiga y dificultad para enfocarse o concentrarse.

Es importante señalar que la depresión por sí sola, tiene un impacto muy grande como enfermedad, a lo cual se añaden los elevados costos en atención médica que se requiere, por lo que se vuelve un factor relevante de incapacidad a nivel global, cuyos efectos pueden variar en el tiempo ya sea prolongando o que tienda repetirse constantemente, y con ello pueden afectar significativamente la capacidad de las personas para funcionar y disfrutar de la vida de una manera plena (OMS, 2022).

En cuanto a la American Psychological Association (APA, 2013) define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5) a la depresión como un estado de ánimo displacentero la mayor parte del día, todos los días, teniendo una disminución importante sobre el interés a las actividades que antes nos parecían placenteras, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnias, retraso motor la mayor parte de los días, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución en la concentración y pensamientos de muerte recurrente.

Terapia cognitivo conductual

El trabajo de Aaron T. Beck fue clave para la creación de la terapia cognitiva que luego evolucionó a la Terapia cognitivo-conductual (TCC) en los años 60, el cual es un enfoque terapéutico que se basa en la premisa de que los pensamientos influyen significativamente en las emociones y comportamientos de los individuos. Beck identificó que las personas con trastornos emocionales, como la depresión, presentan patrones de pensamiento distorsionados o negativos, lo

que perpetúa su sufrimiento. La TCC tiene como objetivo identificar, cuestionar y modificar estos pensamientos disfuncionales para promover cambios en las emociones y conductas del paciente.

Beck propuso que a través de la TCC, los pacientes aprenden a reconocer estos patrones y a sustituirlos por pensamientos más realistas y adaptativos. Este enfoque es altamente estructurado, orientado a metas y generalmente de corta duración, lo que lo hace accesible y efectivo en una amplia gama de trastornos, como ansiedad, trastornos de la personalidad y trastornos obsesivo-compulsivos (Disner et al., 2011).

Además, Beck, desarrolló instrumentos ampliamente utilizados como el Inventario de Depresión de Beck (IDB), el cual ha sido crucial para evaluar la severidad de estos síntomas, siendo este instrumento uno de los que se utilizaron en la presente investigación.

En cuanto a la TCC, numerosos estudios y metaanálisis han demostrado su eficacia en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos, lo que ha consolidado su lugar como una de las terapias más utilizadas en la práctica clínica moderna (Beck, 2011; Hofmann et al., 2012).

De acuerdo con Ibañez-Tarín & Manzanera-Escartí (2012) refieren que la terapia cognitivo-conductual (TCC) se enfoca en el ser humano y su conducta, abordando los procesos cognitivos individuales desde un enfoque científico, estos aspectos incluyen constructos, expectativas, creencias, esquemas cognitivos, atribuciones y actitudes. Luego de realizar un análisis, se concluye que la TCC busca transformar los pensamientos automáticos negativos recurrentes mediante estrategias de afrontamiento claras y específicas. Este enfoque permite modificar patrones de pensamiento poco funcionales para mejorar la adaptación al estrés y fomentar un bienestar psicológico más equilibrado.

En 2002, de acuerdo con Rathus y Miller refieren que los modelos psicoterapéuticos cognitivo-conductuales han demostrado ser efectivos en el tratamiento de adolescentes con síntomas depresivos, ideación e intención suicida, mostrando una reducción significativa en las hospitalizaciones psiquiátricas después del tratamiento, así como una disminución notable en las ideaciones suicidas. Un estudio realizado en 2006 con población norteamericana reveló grandes hallazgos: como que estos tratamientos cognitivos conductuales son más eficaces que las terapias que no lo son, reduciendo a la mitad los intentos de suicidio, así como el internamiento al hospital o visitas a la sala de emergencias, y obteniendo como resultado la duplicación de la efectividad en la continuidad del tratamiento.

Los autores Vernon y Doyle en 2018 refieren que el enfoque Cognitivo Conductual es un tipo de psicoterapia que se centra no solo en la solución de problemas emocionales sino también en problemas conductuales que afectan a las personas de manera general. Este tipo de terapia destaca la importancia del aprendizaje humano, el contexto en el que se desenvuelve, los procesos cognitivos adquiridos y el lenguaje ante la aparición de problemas psicológicos. A través de diversas técnicas, busca modificar patrones de pensamientos distorsionados y comportamientos disruptivos, permitiendo a las personas afrontar de una mejor manera sus dificultades y mejorar su bienestar emocional. Algunas de estas técnicas, que se enumeran a continuación, están diseñadas para promover cambios positivos y adaptativos en la vida de los seres humanos.

1) La reestructuración cognitiva es una técnica utilizada en la terapia cognitivo-conductual (TCC) con el objetivo de identificar, desafiar y modificar pensamientos disfuncionales o irracionales que influyen negativamente en las emociones y el comportamiento de una persona. Su propósito es reemplazar estos patrones de pensamiento con cogniciones más adaptativas y realistas,

promoviendo así una mejor regulación emocional y una toma de decisiones más efectiva (Beck, 2011).

2) Las técnicas de entrenamiento en resolución de problemas son estrategias diseñadas para desarrollar y mejorar las habilidades cognitivas y prácticas necesarias para enfrentar y solucionar situaciones complejas de manera efectiva. Estas técnicas se basan en el aprendizaje estructurado, la práctica guiada y la retroalimentación constante, permitiendo que las personas adquieran un enfoque sistemático para analizar problemas, generar soluciones y tomar decisiones fundamentadas. Su aplicación es útil en diversos contextos, como el educativo, organizacional y personal, fomentando el pensamiento crítico y la creatividad (Bados & García, 2014).

3) Las autoinstrucciones están integradas tanto en imágenes mentales como afirmaciones verbales que las personas se dicen a sí mismas con el fin de orientarse, ayudar a regular su comportamiento y mantener ciertas acciones dentro de los parámetros de la normalidad. Estas indicaciones internas funcionan como una guía que facilita el control de la conducta ante diversas situaciones. Su principal propósito es proporcionar al individuo dirección y apoyo, permitiendo a las personas manejar sus respuestas ante diferentes circunstancias de manera más efectiva. Este enfoque ha sido diseñado para influir en la autorregulación y mejorar la adaptación conductual en distintas áreas de la vida o contextos (Meichenbaum, 1981).

Al abordar entonces algunas técnicas de la TCC y lo descrito a lo largo del documento se puede considerar como una de las intervenciones psicológicas más efectivas en el tratamiento de la depresión, ansiedad y conductas autodestructivas. A pesar de su eficacia, existen casos en los que el riesgo suicida persiste, lo que resalta la importancia de tener en cuenta otros factores que inciden en el desarrollo de conducta suicida. En este contexto, es entonces fundamental abordar los factores de riesgo del suicidio.

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo, se observan la depresión, la vulnerabilidad en el entorno familiar y, en gran medida, el consumo de sustancias psicoactivas, los cuales afectan diversas dimensiones individuales, sociales y escolares. Esto se debe a la presencia de síntomas que disminuyen el rendimiento, así como a dificultades en las relaciones interpersonales, falta de eficacia, anhedonia y una baja autoestima, lo que conlleva un alto riesgo para la calidad de vida (Loboa y Morales, 2016).

Diversas investigaciones realizadas en la población norteamericana señalan que los trastornos psiquiátricos, especialmente aquellos relacionados con el estado de ánimo, así como su combinación con el consumo de alcohol y sustancias ilícitas, se encuentran entre los principales factores asociados a la conducta suicida. Se estima que aproximadamente el 90 % de las personas que se suicidaron entre 1959 y 2001 a nivel mundial presentaban algún diagnóstico psiquiátrico, siendo la depresión, el trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad los más frecuentes, con la depresión como la causa predominante (Duarté, Lorenzo y Rosselló, 2012)

En este sentido, en individuos que presentan ideación e intención suicida, suelen predominar dinámicas familiares caracterizados por la desarmonía, resultado de la dificultad para generar intereses compartidos y satisfacer las necesidades del grupo, como una convivencia saludable. Esta situación da lugar a conflictos y emociones negativas, fomentando el rechazo y sentimientos de hostilidad. El problema más significativo en este contexto es la existencia de un ambiente familiar inadecuado, marcado por desequilibrios emocionales y rechazo (Guibert y Torres, 2001).

Igualmente, la readaptación postpandemia ha implicado la reincorporación progresiva a las actividades habituales, pero también conlleva una serie de factores de riesgo que deben ser

considerados para mitigar sus efectos adversos. Dentro de las implicaciones podemos encontrar las siguientes:

1). La implementación del home office durante la pandemia modificó la forma en que las organizaciones operan. El retorno a modelos presenciales o híbridos generó retos en la gestión del talento humano, la productividad y el bienestar laboral (Barrero, Bloom & Davis, 2021). La falta de adaptación puede provocar insatisfacción laboral y aumentar la rotación del personal.

2). La pandemia dejó secuelas psicológicas en muchas personas, incluyendo ansiedad, estrés y depresión. El proceso de readaptación puede exacerbar estos problemas, especialmente en aquellos que desarrollaron temor al contacto social o cambios abruptos en su rutina (Moreno et al., 2020). Se ha observado un incremento en la necesidad de apoyo psicológico y estrategias de afrontamiento para reducir los efectos negativos.

3). La aceleración de la digitalización evidenció desigualdades en el acceso a tecnología y capacitación digital. En el regreso a las actividades presenciales, manifestó un desfase entre quienes pudieron desarrollar habilidades digitales y quienes quedaron rezagados, lo que puede impactar la equidad en el empleo y la educación (Bonacini, Gallo & Scicchitano, 2021).

4). La adaptabilidad de individuos y organizaciones es clave en el contexto postpandemia. La resistencia al cambio ya sea por razones culturales, psicológicas o estructurales, puede obstaculizar la transición y generar conflictos internos (Vakola, 2016).

Estado del arte- Antecedentes

Se ha podido recopilar precedentes importantes sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual para la disminución de la ideación suicida, las cuales, se detallan a continuación:

Mora (2020) llevó a cabo una revisión sistemática sobre la conducta suicida, en el cual se realizó el análisis de veintitrés estudios seleccionados bajo criterios específicos de inclusión. En la investigación, se identificaron tres tipos de intervenciones: tradicionales cara a cara, el uso de nuevas tecnologías y aquellas basadas en el contacto. Se llegó a la conclusión que las intervenciones con mayor efectividad y seguras para trabajar este tipo de situaciones son las convencionales, es decir, cara a cara.

Estas intervenciones demostraron ser altamente efectivas para lograr la reducción de la ideación e intentos de suicidio, especialmente aquellas con un enfoque cognitivo conductual. Cuatro estudios evaluaron la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en comparación con el tratamiento habitual (TAU) en pacientes con tendencias suicidas, de los cuales tres aplicaron una versión breve de la terapia (Mora, 2020).

De acuerdo con Bryan et al. (2018), se llevó a cabo un estudio el cual estuvo constituido por un programa de Terapia Cognitivo Conductual con una duración de un total de 12 sesiones, dirigido a personal militar para tratar la ideación suicida y los intentos de suicidio, arrojando como resultado una reducción significativa en la ideación y los intentos suicidas. Además, se comparó con un grupo que recibió otro tipo de terapia breve. Cabe destacar que en ambos grupos se observaron diferencias notables. Más, sin embargo, los resultados indicaron que la Terapia cognitivo conductual resultó más efectiva en comparación con la Terapia breve aplicada a personas en dichas circunstancias. Por lo que se confirma la eficacia de la TCC en diversos contextos clínicos y poblacionales.

Por otro lado, Wang en 2020, llevó a cabo un estudio en 194 ciudades de China, con una muestra de 1,210 personas, utilizando la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) mediante la aplicación en línea. Se estableció como objetivo conocer los niveles del impacto

psicológico, ansiedad, depresión y estrés durante la fase inicial del brote de COVID-19. Como resultados se obtuvieron que el 16.5% de los participantes mostraron síntomas depresivos de moderados a graves; el 28.8% síntomas de ansiedad de moderados a graves; y el 8.1% informaron niveles de estrés de moderados a graves. En conclusión, los autores encontraron que el mal estado de salud se asocia significativamente a un mayor impacto psicológico en los niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión.

Por su parte, Reyes (2019) desarrolló un programa dirigido a adolescentes que presentan sintomatología de depresión e ideación suicida, en el cual se utilizó la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en un hospital de Ferreñafe, Perú. La investigación contó con una muestra de un total de 200 adolescentes, seleccionando a 18 participantes mediante un muestreo no probabilístico intencional. Como instrumentos para llevar a cabo el programa se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Ideación Suicida de Beck, adaptado por Bobadilla. Se aplicaron un pretest y un post test para evaluar los síntomas antes y después de la intervención, evidenciando una reducción en la sintomatología depresiva y en la ideación suicida una vez concluido dicho programa.

A través del programa cognitivo conductual, los adolescentes de un hospital de la Provincia de Ferreñafe, obtuvieron la capacidad de identificar, cambiar y/o modificar los pensamientos distorsionados por otros más adaptativos y sobre todo funcionales, solucionando sus dificultades y situaciones que se creían insuperables; además el beneficio de recuperar o estabilizar su estado de ánimo.

En el año 2014, Corcuera e Iglesias realizaron un artículo de una revisión centrada en el abordaje terapéutico en adolescentes bajo el tratamiento de la depresión como un factor de riesgo en la conducta suicida, con el objetivo de sistematizar y analizar investigaciones previas sobre la

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Asimismo, los autores antes señalados, investigaron la relación entre la depresión y la ideación suicidas con la misma población, comparando distintos modelos explicativos desde el enfoque cognitivo-conductual. Sus hallazgos arrojaron como resultado que el tratamiento con TCC contribuye al desarrollo y fortalecimiento de la autoestima, la disminución a la baja tolerancia a la frustración y el desarrollo a la independencia. Asimismo, destacaron la importancia de la reestructuración cognitiva, la terapia conductual, la planificación de actividades placenteras ya sea nuevas o antiguas, el desarrollo en habilidades sociales (HHSS por sus siglas en inglés), la asignación de nuevas tareas de manera gradual, la detención del pensamiento negativo, el desarrollo de resolución de problemas, la modificación de distorsiones cognitivas ante cualquier situación y la Triada cognitiva como estrategias clave en la intervención.

Además, Caycho (2013), llevó a cabo un programa basado en la Terapia Cognitivo Conductual para estudiar su impacto en los pensamientos e ideación suicida en estudiantes de secundaria. La muestra de la investigación contó con un total de 23 adolescentes que oscilan entre 15 y 16 años. Como herramienta de evaluación se utilizó La Escala de Ideación Suicida de Beck, la cual está compuesta por 21 ítems y que está examina tres rubros: actitudes hacia la vida, comportamientos y gestos suicidas y planificación del suicidio. El programa tuvo como duración 12 sesiones y los resultados arrojaron una reducción significativa en la tendencia suicida, así como una disminución en los puntajes de la escala, tanto en la evaluación intermedia como en la final ($p>0.05$). Son por las razones antes enunciadas que se ha decidido elegir el abordaje del modelo terapéutico de la TCC para el presente estudio.

Justificación

La Organización Mundial de la Salud en el 2020 declaró que la salud mental y emocional fueron de las áreas más afectadas tras la declaración de la pandemia por COVID-19. Este impacto

se observó tanto a nivel individual como en las distintas áreas en las que se desenvuelven o interactúan los seres humanos, abarcando áreas desde el núcleo familiar, afectaciones el ámbito laboral, el cierre a las instituciones educativas y los espacios de recreación, entre otras.

En el 2020, la Secretaría de Salud de México, ante esta situación estableció medidas necesarias para la disminución de la propagación del coronavirus, obteniendo como resultado el inicio de una cuarentena obligatoria a nivel mundial. Emitida esta medida, se llevó a cabo el cierre de establecimientos que reunieran a más de 10 personas, asimismo la suspensión de actividades escolares y de cualquier desplazamiento no esencial fuera de casa. Se llevaron a cabo estas medidas con el fin de buscar reducir la transmisión del virus y con ello evitar un colapso en los servicios de salud tanto pública como privada, y garantizando con esto una atención adecuada y optima a quienes presentaban síntomas de COVID-19.

Como resultado de esta contingencia, se ha documentado un incremento en los casos de conducta suicida, lo que evidencia la necesidad de prestar mayor atención a la salud mental. El aislamiento, la incertidumbre y el temor asociados a la pandemia fueron algunos factores que influyeron significativamente en el bienestar emocional de las personas a nivel mundial, lo que conllevó la urgencia de llevar a cabo de estrategias de intervención psicológica adecuadas para la reducción de estos efectos.

Objetivos e hipótesis

Objetivo general

Evaluar mediante una intervención cognitivo conductual, la reducción de síntomas depresivos que generan conducta suicida en estudiantes universitarios Post pandemia.

Objetivos específicos

- Reducir a través de la intervención cognitivo conductual la conducta suicida en jóvenes universitarios.

-Reducir a través de la intervención cognitivo conductual los síntomas depresivos en jóvenes universitarios.

-Identificar factores de riesgo que propician la ideación suicida en jóvenes universitarios en condiciones de post pandemia COVID-19.

Hipótesis

H₁: Una vez concluido el programa de Terapia Cognitivo Conductual, los participantes del estudio habrán disminuido sus síntomas depresivos en comparación de su evaluación inicial cuya significancia será ($p \leq 0.05$)

H₀: Una vez concluido el programa, los participantes del programa presentarán niveles iguales o mayores de depresión a los iniciales.

H₂ Una vez concluido el programa de Terapia Cognitivo Conductual, los participantes del estudio habrán disminuido la ideación suicida en comparación de su evaluación inicial cuya significancia sea ($p \leq 0.05$).

H₀: Una vez concluido el programa, los participantes del estudio manifestarán niveles iguales o mayores de ideación suicida en comparación de su evaluación inicial.

Método

Diseño

Este estudio se realizó desde un enfoque de corte cuantitativo, se trata de un tipo de diseño preexperimental sin grupo control O1 X O2, donde se aplicó la intervención de manera individual, evaluando los indicadores de ideación suicida con la intención de establecer un punto de referencia

inicial, ya que se administró un tratamiento cognitivo conductual lo que permitió llegar a una conclusión sobre las hipótesis anteriormente descritas.

Escenario

Para este estudio se trabajó dentro de las instalaciones de un Centro de Atención Psicológica, ya que cuenta con la infraestructura pertinente para el objetivo de este estudio. Los espacios con los que cuenta el centro son consultorios individuales o familiares que brindan a los participantes la privacidad requerida para lograr una correcta apertura en cuestiones emocionales. Además, los consultorios propician un ambiente con calma y con una reducción en mayor medida de estímulos auditivos o visuales que pudieran resultar distractores para los participantes, buena iluminación y ventilación. Su interior cuenta con sillones sin objetos o muebles entre ellos, donde todos los participantes puedan interactuar frente a frente con el terapeuta que dirige la intervención.

Participantes

La muestra recabada estuvo constituida por nueve pacientes que solicitaron atención psicológica, quienes presentaron síntomas depresivos e ideación suicida. Con respecto a las características de la muestra recabada, se reportaron cuatro hombres y cinco mujeres, de los cuales siete participantes indicaron la soltería como estado civil y dos como casados. La edad promedio de la muestra fue 23.778 años ($DE=2.8626$), con una edad mínima de 19 años y una edad máxima de 28 años.

Criterios de inclusión

- 1) Los participantes sean alumnos universitarios.
- 2) Los participantes presenten síntomas depresivos
- 3) Los participantes presenten ideación suicida
- 4) Con un rango etario entre 18 y 29 años.
- 5) Sexo indistinto.

6) Participación voluntaria, expresada mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- 1) Pacientes que actualmente lleven un proceso psicológico activo.
- 2) Que los participantes tengan un diagnóstico de enfermedad crónica o terminales.
- 3) Que los participantes estén atravesando por una situación de duelo por muerte.

Materiales

Se elaboró una carta de consentimiento informado, donde los participantes debieron otorgar su consentimiento para participar en este estudio. Así mismo, se aplicó un cuestionario de tipo sociodemográfico para la obtención de datos de frecuencia.

Por otro lado, para realizar el estudio de corte cuantitativo se aplicó una batería de pruebas psicométricas, evaluando la depresión y la conducta suicida, aplicados en un primer momento antes de la intervención y posteriormente cuando esta termine, obteniendo puntuaciones pre-test y post-test.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1961; estandarizado en México por Jurado, 1998)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años.

Las cifras de fiabilidad del BDI fueron altas tanto en términos de consistencia interna coeficiente alfa de Cronbach = 0,83 (Sanz et al., 1998)

Este instrumento fue estandarizado por Jurado et al. (1998) en una población mexicana donde arrojó una consistencia interna de: $\alpha = .87$.

Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A; Sánchez, Pérez y Gómez, 2012).

Instrumento de 50 reactivos en formato Likert su análisis factorial confirmatorio muestra una validez con una varianza explicada del 57.6%, el inventario cuenta con tres subescalas identificadas como ideación suicida (8, 11, 12, 16, 27, 32 y 44) que expresa los pensamientos hacia la propia muerte tuvo una varianza de 21.8% y un $\alpha=.92$, depresión y desesperanza (4, 20, 23, 30, 40, 43 y 47) se define como con la interacción del estado de ánimo y las expectativas negativas sobre el futuro con una varianza de 18.1% y un $\alpha=.86$ y ausencia de circunstancias protectoras (1, 3, 5, 7, 9 y 31) que se explica como la falta de apoyo familiar y de círculos sociales mantiene una varianza de 17.7% y un $\alpha=.82$ así como con un índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida (13, 14, 35 y 48), gracias a estas es posible conocer aspectos importantes de la vida del adolescente relacionados con el acto suicida, sus resultados de validación entre ideación suicida, además es posible identificar diferentes signos de alerta en áreas personales. Las subescalas de Ausencia de protección y la de Malestar psicológico (Hernández & Lucio, 2006). La escala está dirigida a poblaciones de nivel académico de secundaria, preparatoria/bachillerato, carrera técnica (profesional asociado), y universidad.

Aspectos éticos para considerar

Los aspectos éticos considerados fueron el cumplimiento del consentimiento informado, al cual se le dio lectura a los y las participantes acerca de sus derechos, tales como la observancia de la confidencialidad. Además, se enfatizó que la naturaleza de la intervención se apega a una instancia académica, respetando la confidencialidad de los datos y resultados obtenidos. Se destacó

la participación voluntaria, donde los y las participantes son libres de abandonar el proyecto en el momento en que ellos/ellas lo consideraran pertinente, ponderando en que no existió ninguna consecuencia por esta decisión. Se comunicó el objetivo de que los y las participantes adquirieran beneficios de esta intervención. Finalmente se preguntó si todos los puntos quedaron completamente claros antes de comenzar con la intervención.

Procedimiento

En primera instancia se solicitó autorización al Centro de Atención Psicológica para llevar a cabo la aplicación de la intervención a pacientes que acudieron a esta instancia a solicitar atención psicológica y que padecían síntomas de depresión con ideación suicida.

Seguidamente, se presentó al Comité de Ética de Investigación de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez el presente protocolo de investigación para ser dictaminado el trabajo de investigación generado a través de la aplicación de la intervención cognitivo conductual y se obtuvo el dictamen favorable.

Una vez obtenido el dictamen favorable, se procedió a acudir al Centro de Atención Psicológica para empezar con el reclutamiento de los y las participantes. Una vez finalizada la selección de estos, se les citó de manera presencial e individual para generar lectura y firma al consentimiento informado, así como la asignación de un folio que permitiera asegurar la confidencialidad de la participación. Posteriormente se realizó la aplicación del pretest con los instrumentos. Una vez aplicada la medición se inició con la intervención individual, misma que puede apreciarse en la tabla 1.

Tabla 1*Plan de intervención*

Sesión y Tema	Objetivo	Procedimiento	Material
Sesión 1	Establecer confianza con el paciente	Bienvenida al paciente	Consultorio
Bienvenida		Presentación del terapeuta	Presentación en powerpoint.
Introducción	Presentar el plan de intervención	Técnicas de rapport	Cañón
Firma de consentimiento informado	Firma de consentimiento informado	Encuadre del modelo terapéutico	Computadora
	Inicio de recopilación de la historia clínica	Lectura y firma del consentimiento informado	Formato de consentimiento informado
		Llenado de entrevista clínica	Plumas
		Resumen para clarificación de toda la información	Entrevista clínica inicial
		Cierre de la primera sesión	

Sesión 2 Finalización de la historia clínica Psicoeducar	El objetivo es psicoeducar al paciente con base en la situación que está atravesando y explicar lo que se le aplicará para descartar o verificar diagnósticos	Con base a la información obtenida y la observación de la primera sesión se realizará la aplicación de dos baterías de pruebas psicométricas en las que se encuentran:	Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A) Inventario de Depresión de Beck Lápiz
Evaluación Inicial (pretest)	Todo esto con base en la información y observación de la primera sesión Otro objetivo es la aplicación de baterías mediante las cuales se obtendrá información que sirva para la estructuración y abordaje del proceso	-Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A) - Inventario de Depresión de Beck	
Sesión 3 Inicio de intervención con Autosupervisión	El objetivo de esta sesión es que el paciente aprenda el cómo darse cuenta de la situación que está atravesando, el cómo la percibe y como la enfrenta por medio la autosupervisión	Se iniciará preguntando al/la paciente cómo le fue en el transcurso de la semana. Se le explicará el objetivo, cómo y lo que debe llevar su diario de abordó.	Diario de abordó
Sesión 4 Reestructuración cognitiva	El objetivo de esta sesión es ver detalladamente el diario de abordó Otro objetivo es identificar y modificar las cogniciones desadaptativas (creencias	Se iniciará por revisar cómo le fue en el transcurso de la semana al paciente Revisión detallada del diario de abordó y lo que el/la paciente aprendió de esta actividad	Cuaderno Pluma Tabla de pensamientos distorsionados

	irracional, pensamientos distorsionados, autoverbalizaciones negativas) del paciente y mostrarle el impacto perjudicial que tienen sobre su conducta y emociones	Identificación de los pensamientos distorsionados, evaluando uno por uno. Continuaremos por la aplicación y el mostrar al paciente la tabla de Ellis con la cual se trabajará los pensamientos, emociones y conductas	
Sesión 5 Continuidad de la sesión anterior	Identificar y modificar las cogniciones desadaptativas (creencias irracionales, pensamientos distorsionados, autoverbalizaciones negativas) del/la paciente para mostrar el impacto perjudicial sobre su conducta y emociones	Continuar y concluir con la aplicación de la actividad de la sesión anterior e implementar el dialogo socrático	Cuaderno Pluma
Sesión 6 Autoconcepto	Proporcionar herramientas al/la paciente para la mejora de la autoestima, mediante diversas actividades	Realizar la actividad identificación de cualidades y habilidades para que el/la paciente empiece a resaltar los aspectos positivos A través de la actividad de elaboración de cartas familiares, fortalecer el autoconcepto del paciente Actividad: “Carta de mi yo del futuro”	Cuaderno pluma

Sesión 7 Entrenamiento en habilidades sociales	El objetivo de esta sesión es enseñar al/la paciente a interactuar de forma efectiva con otras personas en diferentes tipos de situaciones	Entrenamiento asertivo realizando 2 ejercicios para el logro de la misma. A continuación, se trabajará con la Relación interpersonal	Cuaderno Pluma
Sesión 8 Continuidad de la sesión anterior	Reforzar mediante actividades lo aprendido en la sesión anterior	Se brindarán herramientas para adquirir habilidades sociales Se utilizará apoyos técnicos didácticos como videos	Cuaderno pluma
Sesión 9 Técnicas de Relajación	Objetivo: Reducción del nivel de activación, promoviendo un estado de calma y bienestar físico y mental. Lograr reducir el ritmo de vida	Inicio de la sesión con la revisión de los avances del paciente hasta esta sesión. Aplicación de técnicas de relajación, trabajar a la par con el/la paciente para determinar dónde y cuándo aplicar dichas técnicas	Cuaderno Pluma Computadora Música relajante

			Videos
Sesión 10	Proporcionar herramientas para la habilidad de resolución de problemas y con ello tener la capacidad de identificar un problema, tomar medidas lógicas para encontrar una solución deseada, y supervisar y evaluar la implementación de tal solución	Revisar cómo le fue al/la paciente en el transcurso de la semana Identificar que se ha utilizado de lo aprendido en el transcurso de las sesiones. Trabajar con las problemáticas más preocupantes de su día a día y buscar posibles soluciones.	Cuaderno Pluma
Sesión 11	El objetivo de esta actividad es detallar cómo la/el paciente percibe y atribuye explicaciones causales al comportamiento de otra persona a menudo, atribuimos un comportamiento negativo o positivo a los rasgos de la personalidad de ese individuo o a la situación en cuestión.	Iniciar la sesión evaluando cómo fue la semana del/la usuario/a. Se prepara al/la paciente para el cierre el cual sería la siguiente sesión	Cuaderno Pluma

Sesión 12 Evaluación final (postest)	Evaluar los síntomas depresivos y el riesgo suicida después de la intervención	Se proporcionará a los participantes el formato impreso de las escalas: Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A) e Inventario de Depresión de Beck para llevar a cabo la evaluación final(postest)	Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A) Inventario de Depresión de Beck Lápiz
Sesión 13 Cierre	El objetivo de esta sesión es recapitular y reforzar los aprendizajes y las herramientas obtenidas a lo largo del proceso terapéutico al igual que agradecer al paciente por permitirnos ser participe en su proceso.	Se inicia la sesión con una actividad relacionada al reforzamiento de las herramientas y los aprendizajes obtenidos durante su proceso psicoterapéutico Se le da el espacio al/la usuario/a para proporcionar retroalimentación en donde podrá expresar su conformidad o sugerencias en relación con el trabajo realizado, de acuerdo con las siguientes preguntas: ¿Qué te llevas? ¿Y qué es lo que aprendiste de todo esto? Se entregará la constancia de participación en el proceso.	Hojas de maquina Plumas Reloj

Nota. Esta tabla presenta la descripción detallada de cada sesión del programa de intervención, todas las sesiones tienen una duración de 60 minutos.

Ejecución del programa

Para cumplir con los objetivos de la intervención dentro del plazo establecido, se planificó su desarrollo, dividiéndolo en los pasos necesarios para asegurar su implementación adecuada tal y como se muestra en la tabla 2. Se consideraron todos los requisitos necesarios para mantener los lineamientos de aplicación correspondientes, con el fin de garantizar un desarrollo correcto y efectivo del proceso.

Tabla 2

Cronograma de aplicación

Fecha	Actividad
Junio 2023	Envío de Programa de Intervención al Comité Institucional de Ética y Bioética De la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (CIEB)
Julio 2023	Solicitud de autorización a Centro de Atención Psicológica para llevar a cabo la aplicación del pilotaje para la intervención a pacientes que acuden a esta instancia a solicitar atención psicológica y que padecen síntomas de depresión con ideación suicida
Agosto 2023	Inicio del pilotaje y evaluación inicial (pretest)
Agosto-septiembre 2023	Programa de Intervención (sesión 1-10)
Octubre -noviembre 2023	Evaluación final con los participantes (postest) Cierre y entrega de resultados
Noviembre-diciembre 2023	Modificación de la intervención
Enero 2024	Inicio de programa de intervención

Resultados del pilotaje

El pilotaje o también llamado estudio piloto es una etapa preliminar del estudio principal que tiene como finalidad probar y ajustar los instrumentos, procedimientos y metodologías que se llevaron a cabo en la intervención definitiva. De acuerdo con Hulley et al. (2013), un estudio piloto permite "refinar el diseño de la investigación, garantizar que los métodos sean apropiados y prever los posibles problemas logísticos". A continuación, se presentarán los resultados del estudio piloto.

Con respecto a las características de la muestra recabada, se reporta que hubo tres hombres y dos mujeres, los cinco participantes reportaron la soltería como estado civil. La edad promedio de la muestra fue de 22.2 años ($DE=3.114$) con una edad mínima de 19 años y una edad máxima de 27 años.

En primera instancia se realizó un análisis cuantitativo de los datos recolectados durante la aplicación piloto de la intervención la cual se realizó únicamente con mediciones pre y post test sin grupo control. Inicialmente se definió que la muestra no tuvo una distribución normal, debido a que se compone de un grupo reducido de participantes, por lo que sus dimensiones no permiten una evaluación con una prueba paramétrica.

Se procedió a realizar la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, en el que se analizó la normalidad de los pares de variables del pretest y posttest. Se encontró en pretest del Inventario de Depresión de Beck un valor de $p=0.999$, para el posttest del Inventario de Depresión de Beck $p=0.451$. así mismo para las variables preIRISA se encontró $p=.997$ y para postIRISA un valor de $p=.456$.

El primer vaciado de datos que se sometió a análisis estadístico mediante SPSS versión 22 fueron las mediciones obtenidas con el Inventario de Depresión de Beck. Se definió debido a

las propiedades de la muestra a proseguir con el análisis por medio de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, ya que esta permite comparar los datos obtenidos en mediciones pre y post test. La prueba de rangos con signo de Wilcoxon muestra que existe una diferencia estadísticamente significativa en la disminución de los síntomas depresivos de los participantes ($z = 2.023$, $p = 0.043$) entre el pretest y el posttest. El número total de diferencias positivas fue de cero y el total de diferencias negativas fue de cinco. El tamaño de efecto fue de $r = 0.90$ lo que indica un tamaño del efecto grande (Cohen, 1992).

Tabla 3

Resultados del pilotaje con prueba Wilcoxon del Inventario de Depresión de Beck

	N	M	DE	Z	p	r
Grupo intervención	5	38.20	10.183	-2.023 ^b	.043	0.90
		10.40	3.647			

Nota. En este caso la prueba de rangos de Wilcoxon mostró diferencias estadísticamente significativas en la muestra total antes y después de la intervención, con un tamaño del efecto grande.

Tabla 4

Resultados de rangos en pilotaje con prueba Wilcoxon del Inventario de Depresión de Beck

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	5	3.00	15.00
Rangos positivos	0	0.00	0.00

Nota. Esta tabla presenta el número de rangos positivos y negativos obtenidos en la prueba de rangos de Wilcoxon para la variable de depresión.

Para el segundo vaciado de datos que se sometió a análisis estadístico mediante SPSS versión 22 fueron las mediciones obtenidas con el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A). La prueba de rangos con signo de Wilcoxon muestra que existe una diferencia estadísticamente significativa en la disminución de riesgo de conducta suicida de los participantes ($z = 2.023$, $p = 0.043$) entre el pretest y el postest. El número total de diferencias positivas fue de cero y el total de diferencias negativas fue de cinco. El tamaño de efecto fue de $r = 0.90$ lo que indica un tamaño del efecto grande (Cohen, 1992).

Tabla 5

Resultados del pilotaje con prueba Wilcoxon del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A)

	N	M	DE	Z	p	r
Grupo Intervención	5	168.20	15.007	-2.023 ^b	.043	0.90
		65.40	7.861			

Nota. En este caso la prueba de rangos de Wilcoxon mostró diferencias estadísticamente significativas en la muestra total antes y después de la intervención, con un tamaño del efecto grande.

Tabla 6

Resultados de rangos en pilotaje con prueba Wilcoxon del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A)

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	5	3.00	15.00
Rangos positivos	0	0.00	0.00

Nota. Esta tabla presenta el número de rangos positivos y negativos obtenidos en la prueba de rangos de Wilcoxon para la variable de ideación suicida.

Resultados de la intervención

En primera instancia se realizó un análisis cuantitativo de los datos recolectados durante la aplicación de la intervención la cual se realizó únicamente con mediciones pre y post test sin grupo control. Inicialmente se definió que la muestra no tiene una distribución normal, debido a que se compone de un grupo reducido de participantes, por lo que sus dimensiones no permiten una evaluación con una prueba paramétrica. (Bautista-Díaz et al., 2020)

Con respecto a las características de la muestra recabada, se reportaron cuatro hombres y cinco mujeres, de los cuales siete participantes señalaron la soltería como estado civil y dos como casados. La edad promedio de la muestra fue 23.778 años ($DE=2.8626$), con una edad mínima de 19 años y una edad máxima de 28 años.

Se procedió a realizar la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, en la que se analizó la normalidad de los pares de variables del pretest y postest del constructo de depresión (IDB), y constructo de conducta suicida (IRISA). Se encontró en el pretest del Inventario de Depresión de Beck un valor de $p = 0.921$, para la postevaluación $p = 0.885$. Asimismo, en las variables del pretest del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes se encontró $p = .896$ y para el postest un valor de $p = .021$.

Con base en los resultados previos, y considerando el número pequeño de participantes de esta muestra ($N=9$) se decidió de emplear la prueba de Wilcoxon, ya que se ha documentado que con muestras menores de 30 participantes se deben evaluar las diferencias grupales con el uso de pruebas no paramétricas (Bautista-Díaz et al., 2020).

El primer vaciado de datos que se sometió al análisis estadístico mediante SPSS versión 22 fueron las mediciones obtenidas con el Inventario de depresión de Beck. Se definió debido a las propiedades de la muestra, a proseguir con el análisis por medio de la prueba de rangos con

signo de Wilcoxon, ya que esta permite comparar los datos obtenidos en mediciones pre y post test. La prueba de rangos con signo de Wilcoxon muestra que existe una diferencia estadísticamente significativa en la disminución de los síntomas depresivos de los participantes ($z = -2.668$, $p = 0.008$) entre el pretest y el postest. El número total de diferencias positivas fue de cero y el total de diferencias negativas fue de nueve. El tamaño de efecto fue de $r = 0.88$ lo que indica un tamaño del efecto grande (Cohen, 1992).

Tabla 7

Resultados de la intervención con prueba Wilcoxon del Inventario de Depresión de Beck

	N	M	DE	Z	p	r
Grupo Intervención	9	32.44	8.032	-2.668 ^b	.008	0.88
		11.11	2.088			

Nota. En este caso la prueba de rangos de Wilcoxon mostró diferencias estadísticamente significativas en la muestra total antes y después de la intervención, con un tamaño del efecto grande.

Tabla 8

Resultados de rangos de la intervención con prueba Wilcoxon del Inventario de Depresión de Beck (rangos)

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	9	5.00	45.00
Rangos positivos	0	0.00	0.00

Nota. Esta tabla presenta el número de rangos positivos y negativos obtenidos en la prueba de rangos de Wilcoxon para la variable de depresión.

Para el segundo vaciado de datos que se sometió a análisis estadístico mediante SPSS versión 22 fueron las mediciones obtenidas con el Inventario de Riesgo Suicida para

Adolescentes (IRIS-A). La prueba de rangos con signo de Wilcoxon muestra que existe una diferencia estadísticamente significativa en la disminución de riesgo de conducta suicida de los participantes ($z = -2.670$, $p = 0.008$) entre el pretest y el postest. El número total de diferencias positivas fue de cero y el total de diferencias negativas fue de nueve. El tamaño de efecto fue de $r = 0.89$ lo que indica un tamaño del efecto grande (Cohen, 1992).

Tabla 9

Resultados de la intervención con prueba Wilcoxon del inventario de riesgo suicida para adolescentes (IRIS-A)

	N	M	DE	Z	p	r
Grupo Intervención	9	161.11	10.361	-2.670 ^b	.008	0.89
		80.66	5.0990			

Nota. En este caso la prueba de rangos de Wilcoxon mostró diferencias estadísticamente significativas en la muestra total antes y después de la intervención, con un tamaño del efecto grande.

Tabla 10

Resultados de rangos en la intervención con prueba Wilcoxon del inventario de riesgo suicida para adolescentes (IRIS-A) (rangos)

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	9	5.00	45.00
Rangos positivos	0	0.00	0.00

Nota. Esta tabla presenta el número de rangos positivos y negativos obtenidos en la prueba de rangos de Wilcoxon para la variable de depresión.

Discusión

El presente estudio tuvo como finalidad analizar y evaluar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual para la reducción de síntomas depresivos que están asociados a la ideación suicida en jóvenes universitarios de Ciudad Juárez. Para ello, la muestra fue seleccionada por conveniencia con un total de nueve estudiantes de nivel superior siendo cuatro hombres y cinco mujeres quienes participaron en el proceso de intervención. El programa está integrado y diseñado por 13 sesiones individuales, cada una con una duración aproximada de 60 minutos. Los participantes refirieron una percepción positiva de la alianza terapéutica, considerándola de alto nivel de importancia, lo que sugiere una buena relación entre terapeuta y paciente durante la intervención realizada.

De acuerdo con los hallazgos encontrados en el presente estudio se confirma lo descrito a lo largo del documento, es decir, la efectividad que tiene la Terapia Cognitivo Conductual como estrategia de intervención, se corrobora su validez para trabajar de manera eficaz los síntomas depresivos e ideación suicida. Estos datos coinciden con los del estudio de Caycho en el 2013. Los resultados expuestos con anterioridad arrojaron evidencia de que este enfoque terapéutico contribuye a la disminución de problemas emocionales asociados tanto a la desesperanza como a la depresión. Igualmente, se destaca su beneficio al haber mejorado el bienestar psicológico de los y las jóvenes participantes, adquiriendo herramientas necesarias que les permiten afrontar de manera más óptima y asertiva sus dificultades presentes tanto emocionales como la prevención de riesgos asociados a la ideación suicida, tal y como lo menciona Broerman en su estudio del 2020.

Los resultados presentados coinciden con los de estudios previos mencionados en el marco

teórico. Las dificultades que enfrentan los alumnos universitarios son frecuentes y pueden generar importantes obstáculos e impacto en cualquier área de su vida, como por ejemplo, en su desarrollo psicológico, su estado físico, el rendimiento académico o las relaciones sociales, y si a estas condiciones se agrega la angustia y la situación de aislamiento experimentado durante el periodo de la pandemia, se posibilita aún más el riesgo de generar los síntomas depresivos que ocasionan la ideación suicida y que puede llevar a la conducta suicida (Álvarez et al., 2012; Duarté et al., 2012; INEGI, 2019; Klonsky et al., 2016; Larraguibel et al., 2000; Muñoz et al., 2006; Rosselló et al., 2011).

No obstante, se logró observar una reducción significativa en los síntomas de depresión y la desesperanza evaluadas a través de los Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A) y el Inventario de Depresión de Beck en los participantes del programa tras finalizar el tratamiento. Además, se encontró que el tamaño de efecto de la intervención, alcanzados en estos factores es grande, lo que reafirma la efectividad de la intervención. Estos hallazgos proporcionan evidencia empírica sobre la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en pacientes con ideación y conducta suicida, mostrando resultados positivos y beneficiosos en cada uno/a de ellos/ellas resultados análogos a los que se observan el estudio realizado por Mora en el 2020.

Los resultados obtenidos en esta investigación presentan ciertas limitaciones. Entre ellas, destaca que los hallazgos no son generalizables ni definitivos debido a la baja representatividad derivada del número reducido de participantes.

Para solventar esta problemática en futuras investigaciones, es fundamental contar con un equipo profesional capacitado en el modelo, lo que permitirá replicar el estudio con una muestra más amplia. Esto facilitará la implementación de un diseño cuasiexperimental con pruebas

paramétricas, proporcionando así resultados con mayor confiabilidad y respaldados por protocolos que ofrezcan una evidencia científica más sólida sobre su efectividad.

Siendo este un estudio enfocado en un programa de intervención en el cual buscó la reducción de síntomas depresivos en pacientes suicidas en relación post pandemia, se proporcionan datos valiosos sobre estrategias efectivas para reducir factores de riesgo asociados con la ideación y conducta suicida, tales como: la desesperanza, la baja autoestima, la depresión y los sentimientos de inutilidad, que tienen similitudes con los que se documentan en el estudio de Corcuera e Iglesias en el 2014. Por otro lado, pero no menos importante, es resaltar la importancia de haber logrado fortalecer los factores de protección en los y las participantes de este estudio entre los que se destacan: la proyección a futuro, el optimismo y el afrontamiento asertivo en situaciones cotidianas. Aunque el impacto fue en un número reducido, no deja de apreciarse como un logro sustantivo en las vidas de estas personas.

Cabe destacar que el presente estudio pone énfasis en la magnitud del suicidio como un problema de alto impacto tanto para la salud mental como física, que afecta principalmente a personas de entre 15 y 24 años, así como a sus familias. Asimismo, aporta datos estadísticos relevantes para la comunidad juarense y ofrece evidencia sobre los principales factores de vulnerabilidad en esta población. Todo ello posibilita una mejor comprensión del fenómeno y permite establecer pautas para su prevención mediante estrategias adecuadas.

Conclusiones

Dentro de las conclusiones se considera entonces que el objetivo de este estudio que fue evaluar mediante una intervención cognitivo conductual, la reducción de síntomas depresivos que posibilitan la conducta suicida en estudiantes universitarios Post pandemia, se cumplió. Por otro lado, se considera también que se alcanzó el cumplimiento de los objetivos específicos

planteados, siendo estos la reducción de síntomas depresivos y conducta suicida a través de la intervención cognitivo conductual en jóvenes universitarios así como la identificación de factores de riesgo que propician la ideación suicida en jóvenes universitarios en condiciones de post pandemia COVID-19.

A modo de conclusión, este estudio tuvo como finalidad o propósito el analizar la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para trabajar la reducción de síntomas depresivos e ideación suicida en jóvenes universitarios con un rango etario de 18 a 29 años. Los resultados expuestos en el documento con anterioridad sugieren que la TCC es una estrategia altamente garantizada por su utilidad en este contexto, es decir, en el tratamiento de la ideación suicida. En conclusión, esta intervención reafirma la importancia de aplicar este enfoque terapéutico como una herramienta efectiva para abordar problemas emocionales que pueden generar ideación suicida en la población joven.

Limitaciones

En el desarrollo de la presente investigación, se han identificado dos limitaciones principales que pueden influir en la validez externa y la aplicabilidad de los resultados. En primer lugar, el tamaño reducido de la muestra puede limitar la generalización de los hallazgos. Diversos estudios han señalado que una muestra pequeña incrementa la posibilidad de sesgos y disminuye la representatividad de los resultados (Creswell & Creswell, 2018). Esto se debe a que el análisis de un número reducido de participantes podría no capturar la variabilidad necesaria para reflejar con precisión el fenómeno estudiado (Marshall et al., 2013).

En segundo lugar, se identificó una demora en la atención psiquiátrica oportuna, lo cual impactó en la disponibilidad de datos en tiempo real para el análisis. Estudios previos han evidenciado que la lentitud en la respuesta de los servicios de salud mental puede deberse a la

falta de recursos económicos, deficiencias en la infraestructura y procesos administrativos burocráticos (Thornicroft et al., 2017). Esta demora puede generar sesgos en la evaluación de los casos, afectando la interpretación de los resultados y limitando la posibilidad de intervenciones tempranas y efectivas (McGorry et al., 2014).

A pesar de estas limitaciones, los hallazgos obtenidos siguen siendo relevantes y proporcionan información valiosa para el campo de estudio. No obstante, se recomienda que futuras investigaciones incorporen muestras más amplias y estrategias para mejorar la rapidez en la obtención de datos clínicos, a fin de fortalecer la validez y aplicabilidad de los resultados.

Fortalezas de la investigación

Dentro de las fortalezas encontradas en la presente investigación se destacan las siguientes: En primer lugar, la alianza terapéutica ha sido identificada como un predictor clave en la efectividad de las intervenciones psicológicas. Estudios han demostrado que una relación sólida entre el terapeuta y el paciente puede reducir los pensamientos suicidas y aumentar la adherencia al tratamiento (Ardito & Rabellino, 2011). Asimismo, la capacitación en estrategias de detección y manejo de crisis ha mostrado mejoras en la identificación y prevención del riesgo suicida en diversos contextos clínicos (Pisani et al., 2012).

Por otro lado, la capacitación en el tema con el que se trabajó en esta investigación por parte de la terapeuta, se considera una fortaleza debido a que la evidencia sugiere que los programas de formación pueden mejorar la autoconfianza de los terapeutas en el manejo de pacientes en riesgo (Schmitz et al., 2012), lo que contribuye a intervenciones más eficaces.

Por último, pero no menos importante la presente investigación podría proporcionar directrices para la implementación de programas de prevención del suicidio en hospitales, clínicas comunitarias y centros educativos entre otros. La combinación de una sólida alianza

terapéutica con estrategias de capacitación puede ser clave para reducir la incidencia de conductas suicidas en poblaciones vulnerables (Bryan et al., 2018).

Referencias

- Almonte, C. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Mediterráneo.
- Altamirano, C., Medina, S., & Dines, M. (2020). Abordaje de la conducta suicida: el protocolo LRAMP. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects. *Frontiers in Psychology*, 2, 270.
- Bados, A., & García, E. (2014). *Técnicas de resolución de problemas: Estrategias para la toma de decisiones efectivas*. Editorial Universitaria.
- Barrero, J. M., Bloom, N., & Davis, S. J. (2021). Why working from home will stick. *National Bureau of Economic Research*.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.
- Bobes, J., Giner, J. & Saiz, J. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Triacatela Editorial.

- Bonacini, L., Gallo, G., & Scicchitano, S. (2021). Working from home and income inequality: Risks of a "new normal" with COVID-19. *Journal of Population Economics*, 34(1), 303-360.
- Broerman, R. (2020). Diathesis-Stress Model. En V. Zeigler-Hill., & T. K. Shackelford (Eds.) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (1era ed., pp. 1107–1109) Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_891
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., & Rudd, M. D. (2018). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in US Army Soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 227, 658-665.
- Chinchilla, A., Correas, J., & Vega, M. (2003). *Manual de urgencias psiquiátricas*.
- Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101.
<https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Corcuera Mejía, E. & Iglesias Osorio, N. (2015). Intervención cognitiva conductual en el abordaje terapéutico en la depresión como factor de riesgo en el suicidio de adolescentes.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Crosby, A.E., Ortega, L. & Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*. Centers for Disease Control and Prevention, and National Center for Injury Prevention and Control.
- Diekstra R: The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 371 (supl.): 9-20, 1993.

- Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A. P., & Beck, A. T. (2011). *Neural mechanisms of the cognitive model of depression*. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 467-477.
- Durkheim E: El suicidio. UNAM, México, 1974.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K.M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232.
<https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Garrido, J. (2013). La reestructuración cognitiva. *Psicopediaorg. Información y recursos sobre psicología*. Universidad de Huelva.
- González, M. R. & Sandoval, F. J. (2019). *Manual de Psiquiatría*. Editorial Ciencias Médicas.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., & Chan, L. F. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Hernández Soto, P. & Villarreal Cásate, R. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*19(8), 1-8.
<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
<https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2013).

Designing Clinical Research (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Ibañez-Tarín, C. & Manzanera-Escartí, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). Elsevier Doyma.

<https://doi.org/10.1016/j.semerng.2011.07.019>

Instituto Nacional de Estadística Informática y Geografía. Comunicado de

prensa núm. 542/23. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre): Datos nacionales. Mexico: INEGI, 2023

[citado abril 20, 2024].

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2021). *Estadísticas de mortalidad*.

Tabulados interactivos

Jiménez Tapia, A., & González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26(6), 35–42.

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129.

<https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>

Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual review of clinical psychology*, 12(1), 307–330.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>

- Linconao, A. (2020). *El confinamiento ante el COVID-19, sus efectos vinculares y psicológicos. Fenómenos y prácticas recomendadas*. ResearchGate.
https://www.researchgate.net/publication/340595520_El_confinamiento_ante_el_COVID-19_sus_efectos_vinculares_y_psicologicos_Fenomenos_y_practicas_recomendadas
- Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L., & Malone, K.M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181–189.
<https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- Marshall, M. N., Cardon, P. W., Poddar, A., & Fontenot, R. (2013). "Does sample size matter in qualitative research? A review of qualitative research studies in social sciences". *Journal of Business Research*, 66(10), 2353-2360.
- McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. R. (2014). "Early intervention in psychosis: Concepts, evidence, and future directions". *World Psychiatry*, 13(2), 144-157.
- Meichenbaum, D. (1981). Una perspectiva cognitivo-comportamental. El proceso de socialización. *Análisis y Modificación de la Conducta*. 7 (14 y 15)
 Universidad de Waterloo.
- Melo Vega, C. (2014) *Experiencias íntimas de mujeres con intento suicida un estudio de caso*. [Tesis de Maestría]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5608/>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Versión resumida*. Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitarias de Galicia (avalia-t).

Montenegro, H. & Guajardo, H. (2000). *Psiquiatría del niño y del adolescente*.

Ideación suicida y clima social familiar. Editorial Mediterráneo.

Mora-Asco, J. (2020) Revisión sistemática sobre intervenciones eficaces en adultos con conducta suicida. [Tesis de Grado]. Universidad Católica de Valencia.

<https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466>

Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., ... & Arango, C.

(2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813-824.

Murray, C. J. L., & Frenk, J. (2000). *Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/58011?locale-attribute=fr&show=full>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*.

<http://doi.org/10.1002/9780470774120>

Organización mundial de la Salud (2016) *Prevención de la conducta suicida*.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf>

Organización mundial de la salud (2021). *Suicidio*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización mundial de la salud (2019). *Suicidio*.

<https://www.who.int/es/news-room/%20fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2020, 11 de marzo). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Depresión*. https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1

Pisani, A. R., Murrie, D. C., & Silverman, M. M. (2012). Risk management in the prevention of suicide. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(3), 256-279.

Rangel, J. N. V., & Jurado, S. C. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39–48. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>

Rivera-Rivera, L., Fonseca-Pedrero, E., Séris-Martínez, M., Vazques-Salas, A., Reynales-Shigematsu, L. M. (2020). Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes. *Ensanut 2018-19. Salud Pública Mex*, 62(6), 672-681. <https://doi.org/10.21149/11555>

Sánchez-Villena, A., & De la Fuente-Figuerola, V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *Anales de Pediatría. Asociación Española de Pediatría*.93(1), 73-74. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.001>

Schmitz, W. M., Allen, M. H., Feldman, B. N., Gutin, N. J., Jahn, D. R., Kleespies, P. M., ... & Simpson, S. (2012). Preventing suicide through improved training in suicide risk assessment and care: An American Association of Suicidology task force report

addressing serious gaps in US mental health training. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(3), 292-304.

Secretaría de Salud. (s.f.). *COVID-19*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & life-threatening behavior*, 37(3), 264–277.
<https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>

Solanet, M. (2020). *Pandemia: los desafíos múltiples que en el presente le plantea al porvenir*. Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas.

Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., ... & Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 119-124.

Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia*.7(1), 93-102.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S190023862013000100009&lng=e&nrm=iso

Vakola, M. (2016). The reasons behind change recipients' behavioral reactions: A longitudinal investigation. *Journal of Managerial Psychology*, 31(1), 202-215.

Valdes-Santiago, R., Villalobos-Hernández, A., Arenas-Monreal, L., Benjet, C., & Vázquez-García, A. (2023). Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta. *Salud Pública Mex*, 65(1), 110–116.

<https://doi.org/10.21149/14815>

Van Heeringen, K. (2012). Stress–Diathesis Model of Suicidal Behavior. En Y. Dwivedi (Ed.),

The neurobiological basis of suicide (1era ed., pp. 113–123). CRC Press.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T.

E., Jr (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575–600.

<https://doi.org/10.1037/a0018697>

Vernon, A. & Doyle, K. (2018). *Cognitive Behavior Therapies: a guidebook for practitioners*.

American Counseling Association.

Villardón, L. (2004). *Factores personales y escolares relacionados con la conducta suicida en*

adolescentes. Universidad de Deusto.

Villegas-Chiroque. (2020). Pandemia de COVID-19: Pelea o huye. *Revista Experiencia en*

Medicina del Hospital Regional Lambayeque, 6(1), 3-4.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. & Ho, R. (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)

<https://doi.org/103390/ijerph17051729>

World Health Organization (WHO). 2014. *Preventing Suicide: A Global Imperative*. WHO

LIBRARY CATALOGUING in PUBLICATION DATA.

Anexo 1: Dictamen Comité de Ética en la Investigación

Resolución CEI-2023-2-975

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 17 de agosto de 2023


Liliana Luna Espinoza
Dra. Leticia Guadalupe Ríos Velazco Moreno
Presente.

El Comité de Ética en la Investigación (CEI), después de recibir las recomendaciones atendidas del protocolo de investigación CEI-2023-1-77, denominado "Intervención cognitivo conductual en factores detonantes de conducta suicida con relación a pacientes post COVID 19", resolvió:

Dictamen favorable

En el consentimiento informado añadir espacio para la firma del investigador principal.

Atentamente
"Por una vida científica
Por una ciencia vital"



Dra. Gwendolyn Peraza Mercado
Presidente del Comité de Ética en la
Investigación



Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez
Secretaria del Comité de Ética
en la Investigación

c.c.p. Archivo.

Anexo 2: Carta de consentimiento informado

Carta de consentimiento informado

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación **“Intervención cognitivoconductual en factores detonantes de conducta suicida con relación a pacientes post COVID 19”** que tiene como objetivo: lograr mediante una intervención cognitivo conductual la reducción de emociones depresivas que nos llevan a presentar sintomatología de conducta suicida en pacientes Post pandemia en Ciudad Juárez.

Su participación consistirá en que acuda a 13 sesiones programadas por un tiempo aproximado de entre 60 a 90 minutos. En la primera sesión se establecerá un contacto inicial donde se recolectarán datos personales y clínicos, en la segunda y onceava sesión se llevará a cabo la aplicación de dos instrumentos psicométricos y en las 10 sesiones restantes se aplicarán estrategias de terapia cognitivo conductual en las instalaciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica SUAPsi de la UACJ.

El estudio presenta los siguientes beneficios: 1. La participación del paciente en este proyecto es de manera gratuita, es decir, sin costo alguno para el/ella. 2. La intervención brinda recursos personales y prácticos para el incremento o la mejora de las habilidades socioemocionales y así contrarrestar el malestar causado por los síntomas de depresión que experimenten. Los investigadores se comprometen a dar y explicar a los participantes la información actualizada obtenida del estudio sin que signifique gasto alguno.

No obstante, bajo el art. 134 del Código Ético del Psicólogo, el investigador muestra información confidencial sin consentimiento de participante solo cuando le obligue la ley o cuando ésta lo permita para propósitos válidos tales como: proveer servicios profesionales necesarios al participante, para obtener consultoría o asesoría profesional adecuada, para proteger al participante de algún daño.

Debido a que el tratamiento implementado en el presente estudio ve limitada su eficacia en participantes con sintomatología depresiva grave y con riesgo suicida, al detectarlo por medio de ideación, planeación o intencionalidad para llevarlo a cabo, se seguirán las siguientes medidas preventivas: canalización del estudiante con el médico especialista en este caso psiquiatra, la notificación a los familiares del estudiante y a la coordinación del programa al que pertenece. Así mismo, se le dará seguimiento a cada participante asegurando que reciba la atención psicológica adecuada con el objetivo de salvaguardar su integridad física y psicológica.

Para iniciar su participación, requerimos su autorización de lo expresado en el siguiente apartado:

“Se me ha explicado que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación con la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Se me ha garantizado que mi información personal será utilizada únicamente para motivos del estudio y no se publicarán nombres, fechas de nacimiento ni condiciones específicas que pudieran violar mi confidencialidad como participante. Además, toda la información será manejada únicamente por los investigadores a cargo, y solamente para fines académicos propiamente.”

También, se me ha informado que en caso preguntas, comentarios o conocer los resultados de mis

evaluaciones puedo comunicarme con los responsables del proyecto: la maestrante Liliana Luna Espinoza al correo electrónico al228478@alumnos.uacj.mx, o con la Dra. Priscila Montañez Alvarado, al correo electrónico priscila.montanez@uacj.mx

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Con fecha _____ y, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, acepto participar en el estudio antes mencionado.

Nombre, firma y/o huella digital del/la participante o responsable legal

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años (NOM-004-SSA3-2012). Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del

testigo Dirección

Relación que guarda con el participante:

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la **Dra. Gwendolyne Peraza Mercado** y/o **Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez**, presidente y secretaria del Comité de Ética en la Investigación de la UACJ, a los correos gperaza@uacj.mx y fany.solis@uacj.mx

Anexos 3: Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Guía para la interpretación del Inventario de Depresión de Beck

Puntuación	Nivel de depresión
1-10.....	Estos altibajos son considerados normales.
11-16.....	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20.....	Estados de depresión intermitentes.
21-30.....	Depresión moderada.
31-40.....	Depresión grave.
+ 40.....	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Anexo 4: Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A).

Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS-A)

1. Creo o siento que mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

2. Creo o siento que algo está mal conmigo.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

3. En mi vida ha habido buenos momentos.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

4. Creo o siento que soy un fracaso.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

5. Me he sentido satisfecho (a) con mi vida.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

6. He sentido ganas de lastimarme o lastimar a alguien.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

7. Me han tomado en serio.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

8. Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

9. Me he sentido lleno (a) de energía.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

10. El tema de la muerte ha llamado mi atención.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

11. He deseado estar muerto (a).

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

12. Quisiera irme de este mundo.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

13. En la escuela hay gente que me ha molestado, se ha burlado, o se ha aprovechado de mí.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

14. He perdido la paciencia.

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

15. Mis maestros están en mi contra.

- a) *Todos mis maestros* b) *Casi todos* c) *Algunos* d) *Un maestro* e) *No, ninguno*

16. He creído o sentido que mi existencia es horrible, odiosa.

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

17. He preferido estar solo (a).

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

18. Creo o siento que mi futuro es prometedor y puedo llegar a ser alguien especial.

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

19. Mis maestros me ignoran.

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

20. Me siento triste.

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

21. Tengo dificultades con mis materias.

- a) *Con todas mis materias* b) *Con casi todas* c) *Con algunas* d) *Con una* e) *Con ninguna*

22. Tengo problemas para hacer nuevos amigos o iniciar un noviazgo.

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

23. Me siento enojado (a) y/o frustrado (a).

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

24. He causado problemas a la gente a mi alrededor.

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

25. He pensado en suicidarme.

- a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

26. He tenido ideas de cómo alguien podría quitarse la vida.

- a) *Cuatro o más ideas* b) *Tres ideas* c) *Dos ideas* d) *Una idea* e) *Ninguna*

27. Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir.

- a) *Cuatro o más lugares* b) *Tres lugares* c) *Dos lugares* d) *Un lugar* e) *No, ninguno*

28. He conocido a personas cercanas que intentaron quitarse la vida y sobrevivieron.

- a) *Cuatro o más personas* b) *Tres personas* c) *Dos personas* d) *Una persona* e) *No, a nadie*

29. Conocí gente cercana a mí que se suicidó.

a) Cuatro o más personas b) Tres personas c) Dos personas d) Una persona e) No, a nadie

30. Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

31. Se preocupan por mí.

a) Todos b) Muchos c) Algunas personas d) Una persona e) No, nadie

32. Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

33. Si muriera me gustaría que me acompañaran (también muriendo conmigo).

a) Todos b) Muchos c) Algunas personas d) Una persona e) No, nadie

34. Me he lesionado intencionalmente (cortándome, pinchándome, quemándome, golpeándome, por ejemplo) para ver hasta donde aguanto el dolor.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

35. Mi mejor amigo (a) o amigos cercanos me han traicionado.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

36. Me deshice de posesiones preciadas para mí (por ejemplo: regalando, donando, tirando, quemando).

a) Todas mis posesiones b) Casi todas c) Algunas d) Una posesión e) No, de ninguna

37. Duermo más que de costumbre o me cuesta trabajo conciliar el sueño.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

38. Me cuesta trabajo concentrarme.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

39. He sufrido decepciones amorosas.

a) Siempre b) Muchas c) Algunas d) Una decepción amorosa e) No, ninguna

40. Me siento confundido (a) respecto a...

a) Todo b) Muchas cosas c) Algunas cosas d) Una cosa e) No, a nada

41. Me he reconciliado con personas con las que había tenido problemas.

a) Con todas esas personas b) Con casi todas c) Con algunas
d) Con una persona e) No, con ninguna

42. Como más de costumbre o he perdido el apetito.

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

43. Me he sentido desilusionado (a) de la vida.

a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

44. Desearía no haber nacido.

a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

45. He dejado de hacer cosas que antes me gustaban.

a) *Todas* b) *Casi todas* c) *Algunas* d) *Una* e) *No, ninguna*

46. Perdí a personas importantes para mí.

a) *A todas* b) *A casi todas* c) *Algunas* d) *A una persona* e) *No, a ninguna*

47. He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede.

a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

48. He necesitado desahogarme de mis problemas.

a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

49. He planeado mi propia muerte.

a) *Todo este tiempo* b) *Casi siempre* c) *Algunas veces* d) *Rara vez* e) *No, nunca*

50. He intentado quitarme la vida.

a) *Cuatro o más veces* b) *Tres veces* c) *Dos veces* d) *Una vez* e) *No, nunca*