

# Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión

## RESUMEN

**Objetivo:** establecer la relación entre ideación suicida, desesperanza, tríada cognitiva negativa y depresión, como evidencia del modelo cognitivo del riesgo suicida. **Método:** estudio empírico-analítico con diseño descriptivo, correlacional y comparativo. Las variables fueron medidas con los inventarios BDI-II, PANSI e ITC y la escala BHS. La muestra final estuvo constituida por 90 personas de ambos sexos, con una media de edad de 24,2 años (DT = 8,65 años) pertenecientes a diversos niveles socioeconómicos, con estudios universitarios, principalmente. **Resultados:** se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre ideación suicida, desesperanza, depresión y la tríada cognitiva negativa. Las diferencias fueron significativas entre los grupos depresivos y no depresivos, con grandes efectos para las tres variables cognitivas. **Interpretación y conclusiones:** estos resultados constituyen nueva evidencia del modelo cognitivo planteado acerca de la relación entre las variables depresión, tríada cognitiva negativa, ideación suicida y desesperanza, tal como se ha propuesto en distintas revisiones sobre cognición negativa y suicidio. Se analizaron las limitaciones del estudio en cuanto el reducido tamaño muestral y las diferencias entre sexos para depresión ante estresores específicos, y las variaciones por grupos de edades en el riesgo suicida de los jóvenes.

## PALABRAS CLAVE

Depresión; suicidio; intento de suicidio; cognición; estadísticas no paramétricas (Fuente: DeCs, Bireme).

DOI: 10.5294/aqui.2016.16.4.6

### Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Toro-Tobar RA, Grajales-Giraldo FL, Sarmiento-López JC. Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*. 2016; 16 (4): 473-486. Doi: 10.5294/aqui.2016.16.4.6

1 orcid.org/0000-0001-6061-3499. Universidad Manuela Beltrán. Colombia. ronald.toro@umb.edu.co  
2 orcid.org/0000-0002-7286-6263. Universidad Manuela Beltrán. Colombia. fl-gg@hotmail.com  
3 orcid.org/0000-0001-9279-6664. Universidad Manuela Beltrán. Colombia. julian.sarmiento@umb.edu.co

Recibido: 28 de enero de 2016  
Enviado a pares: 13 de marzo de 2016  
Aceptado por pares: 26 de mayo de 2016  
Aprobado: 07 de junio de 2016

# *Suicide Risk according to the Negative Cognitive Triad, Ideation, Despair and Depression*

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the relationship between suicidal ideation, despair, the negative cognitive triad and depression, as evidence of the cognitive model of suicidal risk. **Method:** This is an empirical-analytical study with a descriptive, correlational and comparative design. The variables were measured with the BDI-II, PANSI and ITC inventories and the BHS scale. The final sample included 90 participants of both sexes, with a mean age of 24.2 years (DT = 8.65 years). They were from different socioeconomic brackets and most were college educated. **Results:** Statistically significant correlations were found between suicidal ideation, despair, depression and the negative cognitive triad. There were important differences between the depressive and non-depressive groups, with major effects for the three cognitive variables. **Interpretation and Conclusions:** These results constitute new evidence of the proposed cognitive model concerning the relationship between depression, the negative cognitive triad, suicidal ideation and despair, as proposed in different reviews on negative cognition and suicide. The limitations of the study were analyzed with respect to the small size of the sample, the differences between the sexes in terms of depression in the face of specific stressors, and the variations by age groups in suicidal risk among the young.

## KEYWORDS

Depression; suicide; attempted suicide; cognition; nonparametric statistics (Source: DeCs, Bireme).

# *Riesgo de suicidio segundo a tríade cognitiva negativa, ideação, desesperança e depressão*

## RESUMO

**Objetivo:** estabelecer a relação entre ideação suicida, desesperança, tríade cognitiva negativa e depressão, como evidência do modelo cognitivo do risco de suicídio. **Método:** estudo empírico-analítico com desenho descritivo, correlacional e comparativo. As variáveis foram medidas com os inventários BDI-II, PANSI e ITC e a escala BHS. A amostra final esteve constituída por 90 pessoas de ambos os sexos, com uma média de idade de 24,2 anos (DT = 8,65 anos) pertencentes a diversos níveis socioeconômicos, com estudos universitários, principalmente. **Resultados:** encontraram-se correlações estatisticamente significativas entre ideação suicida, desesperança, depressão e a tríade cognitiva negativa. As diferenças foram significativas entre os grupos depressivos e não depressivos, com grandes efeitos para as três variáveis cognitivas. **Interpretação e conclusões:** estes resultados constituem nova evidência do modelo cognitivo proposto a respeito da relação entre as variáveis depressão, tríade cognitiva negativa, ideação suicida e desesperança, tal como se propôs em diferentes revisões sobre cognição negativa e suicídio. Analisaram-se as limitações do estudo no que se refere ao reduzido tamanho da amostra e as diferenças entre sexos para depressão diante de estressores específicos, e as variações por grupos de idades em no risco de suicídio dos jovens.

## PALAVRAS-CHAVE

Cognição; depressão; estatísticas não paramétricas; suicídio; tentativa de suicídio (Fonte: DeCs, Bireme).

## Introducción

El *suicidio* es definido como “el acto voluntario con resultado fatal con el conocimiento y fin de un cambio deseado” (1). En la Clasificación Internacional de las Enfermedades, undécima revisión - CIE11 (2), se define como la muerte por lesión autoinfligida, deliberadamente iniciada por la persona. A su vez, la *conducta suicida* es toda acción dirigida a quitarse la vida, que va desde la intención e ideación hasta el intento; esta se ha relacionado a menudo con la depresión y la desesperanza, particularmente con una visión pesimista y generalizada del futuro, cuya relación se buscó de manera empírico-analítica en el presente trabajo de investigación. Así, el suicidio como acto voluntario debe ser visto a la luz de estos dos constructos claves, ambos relacionados desde la investigación psicopatológica como derivados del síndrome depresivo, aunque dicha relación no es clara aún y requiere de mayores aportes de datos.

### *Ideación suicida y riesgo suicida*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la ideación suicida (IS) como aquellos pensamientos pasivos sobre querer estar muerto, o los pensamientos activos sobre asesinarse a sí mismo, no acompañados de conductas de preparación para ello. Las IS son aquellos pensamientos negativos que se constituyen principalmente por fantasías de muerte, es decir pensamientos, ideas, deseos e intenciones de servirse como agente de la propia muerte (1), además de inconformidad con la vida, preocupaciones con utopías autodestructivas y maquinación de planes explícitos y estructurados para matarse (3). La IS es un factor de riesgo asociado a trastornos depresivos, consumo de sustancias, abuso de alcohol, violencia, sensación de pérdida, influencia del contexto; problemas académicos, financieros e interpersonales, dolor crónico e indefensión, violencia y dolor psicológico (4-10). Al parecer, la edad avanzada se asocia al incremento de la IS por las condiciones sociodemográficas propias de esta etapa de la vida, particularmente ante eventos estresantes como pérdidas, enfermedades crónicas, aislamiento o soledad, e indefensión por sus condiciones físicas, mentales y económicas (11).

Desde el modelo cognitivo, Rush y Beck (12) afirmaron que estas ideas responden al querer terminar con estados de angustia producidos por problemas o situaciones que se creen irresolubles e insoportables, y estos a su vez se derivan de la tríada cognitiva negativa (un yo imperfecto, un mundo hostil y despiadado, y un

futuro desesperanzador). La IS, por tanto, es todo pensamiento que tiene un contenido altamente relacionado con la muerte autoinfligida, ligado a situaciones de desespero e inconformidad con la vida. Wenzel, Brown y Beck la definieron como “aquellos pensamientos, imágenes, creencias, voces u otras cogniciones reportadas por el individuo acerca de la intencionalidad de terminar con su propia vida” (13).

Investigaciones al respecto sustentan la aparición de IS en condiciones específicas de riesgo. Por ejemplo, las variables sociales (funcionamiento familiar, ajuste escolar y victimización escolar) y personales influyen en la aparición de IS, lo que indica asociaciones entre variables personales como alimentación, tendencias depresivas, victimización escolar, comportamientos antisociales, baja autoestima y autoeficacia, y los actos suicidas. Además, la cohesión o unión familiar están estrechamente relacionadas con la IS de los adolescentes, es decir, en familias desunidas o con baja cohesión hay mayor IS, lo que representa un mayor riesgo suicida (14-19); variables como el uso de drogas ilegales y aislamiento han tenido también evidencia reciente (20, 21). Se puede afirmar, por tanto, que la IS está precedida por variables psicosociales, familiares y personales, y puede dar lugar a comportamientos autolesivos que constituyen alto riesgo suicida (22-24). En población geriátrica se han reportado índices elevados de riesgo e IS ante hospitalización, viudez, desempleo, conflictos, muerte de familiares y personas cercanas y aislamiento (25, 6), lo que ha sido relevante en el desarrollo de políticas públicas frente a la prevención de esta problemática social (26).

### *Desesperanza y riesgo suicida*

La desesperanza es fundamentalmente una creencia según la cual se considera un futuro no viable y de problemas que nunca se podrán resolver (13), donde la persona percibe una imposibilidad de lograr algo en el presente o el futuro, además de constantes imposibilidades, lo cual genera resignación y abandono de ambiciones y sueños. Desde la teoría de la indefensión se afirma que las personas con probabilidad de depresión por desesperanza presentan atribuciones estables, globales e internas, dando lugar a cogniciones asociadas a expectativas de no poder conseguir lo que se desea o que sucederán cosas estrepitosamente indeseables, a las cuales no se podrá responder de una forma eficaz (27).

La desesperanza como un predictor del suicidio se ha estudiado desde diferentes posturas. Los investigadores han determinado que durante la IS la desesperanza se presenta con mayor

intensidad y esto a su vez hace que se mantenga la ideación y el riesgo suicida, lo cual establece que este sentimiento es un factor importante en la conducta suicida (28-30). Además, se ha indicado que los acontecimientos negativos de la vida influyen directamente sobre la desesperanza y el aislamiento, y estos a su vez intervienen de manera positiva sobre el riesgo de cometer actos suicidas (31, 32). Escalas como el Inventario de Depresión y Desesperanza de Beck han demostrado precisión predictiva en los intentos suicidas (33).

### **Depresión y riesgo suicida**

La depresión se define como un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de placer, sentimientos de culpa y baja autoestima, acompañado de alteraciones en el patrón de sueño y el apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que puede llegar a hacerse crónico y recurrente, hasta dificultar el desempeño en las labores de la vida cotidiana; cuando es leve puede ser tratada con psicoterapia, pero cuando es moderada o grave se pueden necesitar medicamentos y otros apoyos profesionales. Además, en su forma más grave, puede conducir al suicidio (1, 13). Según la American Psychiatric Association (APA) (34), en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta versión (DSM-V), aparecen síntomas adicionales como pérdida de interés en todas o casi todas las actividades, indecisión, malestar que afecta en casi todas las esferas del individuo.

Para la OMS (2), la depresión no responde estrictamente a cambios ambientales, ni suele variar de un día para otro, la forma en que se presenta depende del individuo puesto que puede estar oculta en un consumo exagerado de alcohol, un aumento de fobias y obsesiones preexistentes, intranquilidades hipocondríacas o comportamientos histriónicos. Además, es posible que se presenten expectativas pesimistas del futuro y pensamientos o acciones autolesivas.

Según el modelo cognitivo tradicional, la depresión inicia y se mantiene por la interpretación que hace la persona de sí misma, el mundo y el futuro, proceso que Beck (35) definió como tríada cognitiva negativa, la cual consiste en que el individuo presenta tres percepciones erróneas: una cognición negativa de sí mismo, un mundo despiadado y violento, y un futuro devastador y desesperanzador (36, 37); esto lleva a que la persona considere que todo en la vida es malo y que no hay razón para luchar, por ello

la depresión se ha considerado como un predictor significativo de llegar a cometer actos suicidas (13).

Este modelo, basado en esquemas, resalta el papel fundamental de las representaciones mentales que el individuo hace de sí mismo y el entorno, constituido a partir de las experiencias almacenadas en la memoria que posteriormente evoca en situaciones futuras, conformando una tríada cognitiva negativa. Los esquemas tienen un contenido particular y una estructura cuya interconexión se ha denominado *modo*; en la conducta suicida se afirma que el *modo suicida* se encuentra activo. El contenido esquemático se refiere a la experiencia almacenada y se compone de pensamientos y creencias, clasificados en tres niveles: uno básico denominado *pensamientos automáticos*; el segundo a ideas más estructuradas como criterios condicionales, actitudes y reglas (p. e. reglas lógicas de causalidad: siempre y cuando) llamados *creencias intermedias*, y el último constituye el nivel central como el autoconcepto, llamado *creencias nucleares*. La estructura, por otra parte, corresponde a la interrelación entre esquemas llamados *modos*, es decir, la cantidad de ideas relacionadas que por principios de economía cognitiva son las responsables del procesamiento de la información, fundamentalmente distorsionada a favor del funcionamiento esquemático, llamadas *distorsiones cognitivas* (38).

La depresión se relaciona positiva y significativamente con el riesgo suicida, IS y desesperanza (24); por ejemplo, un estudio que evaluó las IS y distorsiones cognitivas en pacientes con bajo y alto riesgo, encontró que los pacientes con mayor riesgo presentaban mayores distorsiones, desesperanza y depresión en comparación con los grupos control (39). En las revisiones sistemáticas se ha encontrado que la depresión grave incrementa 2,2 veces el riesgo suicida (OR = 2,20; CI 95%: 1,05-4,60), de igual manera la desesperanza (OR = 2,2; CI 95%: 1,49-3,23) (40).

En el contexto latinoamericano, durante la adaptación del "Inventario de resiliencia ante el suicidio con jóvenes colombianos", uno de los factores con mayor asociación con el riesgo suicida fue la depresión, con un 75% de indicadores de conducta suicida (41).

### **Variables cognitivas en riesgo suicida**

Las anteriores cifras muestran un panorama de las investigaciones en el contexto latinoamericano sobre las variables cognitivas asociadas al riesgo suicida como la depresión (42),

neuroticismo (43) e inflexibilidad cognitiva (44). Estos modelos han obtenido evidencia en muestras conformadas en países como Estados Unidos, en especial en personal de las fuerzas armadas, en donde se han reportado relaciones entre IS, síntomas depresivos, estrés postraumático y género (45, 46). Sin embargo, la evidencia con muestras latinas o locales ha sido escasa. De forma similar, hay escasas investigaciones que soporten el modelo con poblaciones de diferentes edades.

Los estudios de revisión sobre las variables contextuales interpersonales, psicológicas, violencia intrafamiliar, abuso sexual y deficientes estrategias de afrontamiento han concluido que el suicidio es multicausal, que ha ido en aumento con las problemáticas recientes como el acoso escolar y trastornos de la conducta alimentaria, además de otras características de la conducta depresiva como la “desesperanza, vacíos existenciales, baja autoestima, desequilibrios psíquicos” (36), donde un bajo autoconcepto y los altos niveles de depresión explican la presencia de ideación suicida en los jóvenes (5, 40, 47). Factores como el dolor psicológico (*psychache*), desesperanza y deseos de escape se han identificado como los principales motivos de los intentos suicidas (48).

El objetivo del estudio, luego de la revisión documentada, fue establecer la relación entre ideación suicida, desesperanza, depresión y tríada cognitiva negativa, como evidencia del modelo cognitivo del riesgo suicida a partir de la correlación entre variables y comparaciones entre grupos sintomáticos y no sintomáticos, que se constituya como un soporte para el desarrollo de programas de intervención basados en la prevención de las muertes a distintos niveles.

## Método

### Diseño

El tipo de estudio fue empírico-analítico con diseño descriptivo, correlacional y comparativo. Las variables tenidas en cuenta fueron la sintomatología depresiva, IS, desesperanza y tríada cognitiva (visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro), a partir de las siguientes hipótesis: 1) los participantes con altos niveles de sintomatología depresiva presentan altos niveles de IS, desesperanza y tríada cognitiva negativa; 2) los participantes con altos niveles de IS presentan altos niveles de desesperanza; y 3) los grupos depresivos se diferencian significativamente de los no depresivos en cuanto a desesperanza, IS y tríada cognitiva.

### Participantes

La muestra final estuvo constituida por 90 personas de ambos sexos, seleccionadas por muestreo no probabilístico por conveniencia incidental en la ciudad de Bogotá D.C. (Colombia), con una media  $M = 24,2$  años ( $DT = 8,65$  años), un mínimo de 18 y un máximo de 52 años de edad, etapa del ciclo vital correspondiente a la adultez joven e intermedia, pertenecientes a diversos niveles socioeconómicos (estratos bajo-bajo, bajo, medio-bajo, medio, medio-alto y alto), con predominancia del estrato medio (56,7%) y niveles educativos universitarios (78,9%) principalmente. Entre los criterios de inclusión se tuvo en cuenta que no estuviesen bajo los efectos de sustancias psicoactivas, ni reportar algún diagnóstico de trastorno psicótico en la actualidad, ni estar en estados iniciales de duelo.

### Instrumentos

#### Medida de los niveles de sintomatología depresiva

*Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-II)*. Es un inventario de autoinforme, el cual tiene como objetivo medir la severidad de la depresión en adolescentes y adultos, sean o no psiquiátricos, mediante 21 ítems que evalúan síntomas de tristeza, pensamiento, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa y castigo, disconformidad personal, autocrítica, llanto, agitación, pensamientos suicidas, indecisión, pérdida de interés y energía, desvalorización, indecisión, cambios en los hábitos de sueño, cambios en el apetito, irritabilidad, cansancio, dificultad de concentración y pérdida de interés en el sexo. El diseño original fue realizado por Beck, Steer y Brown (49) y fue adaptado al español en Argentina (50). El BDI-II presenta una elevada consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0,94), lo que lo hace confiable en los estudios basados en síntomas depresivos. En cuanto a la calificación de cada ítem, se debe puntuar en una escala de 0 a 3 según lo que mejor describa al respondiente en la última semana; la calificación máxima es de 63 puntos siguiendo la siguiente clasificación: 0 a 13 corresponde a depresión *mínima*; 14 a 19 depresión *leve*; 20 a 28 depresión *moderada*; y 29 a 63 se considera depresión *severa*. Se ha recomendado este instrumento para ser aplicado a partir de los 13 años de edad.

#### Medida de la ideación suicida

*Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)*. Es un inventario adaptado por Villalobos-Galvis (51) del original

creado por Osman, Gutiérrez, Kopper, Barrios y Chiros (52), compuesto por catorce ítems de los cuales seis miden ideación suicida positiva que corresponden a los factores protectores (por ejemplo “Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?” “¿Sentiste que valía la pena vivir la vida?”), y ocho de ideación suicida negativa para medir factores de riesgo (por ejemplo “¿Pensaste en matarte porque no pudiste hacer algo que era muy importante en tu vida?”, “¿Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?”). El PANSI se diligencia teniendo en cuenta las dos últimas semanas respondiendo a qué tan frecuente se presentó la ideación de acuerdo con una escala que va de 0 a 4 (0 es *nunca* y 4 *siempre*). En la calificación se interpreta un alto riesgo suicida si la puntuación total es mayor a 9. Este instrumento presentó una adecuada validez convergente con la Escala de Ideación Suicida de Roberts (IS-CESD) ( $r = 0,42, p < 0,01$ ) y un favorable índice de consistencia interna alfa de Cronbach = 0,89.

### **Medida de la desesperanza**

*Escala de Desesperanza de Beck (BHS)*. La BHS fue creada por Beck, Weissman, Lester y Trexler (53) y ha sido adaptada a varios idiomas y contextos; para este estudio se usó la versión traducida y validada por Mikulic, Cassullo, Crespi y Marconi (54), la cual está compuesta por 20 reactivos diseñados para determinar la falta de esperanza que las personas tienen acerca de sus vidas, en tres factores: sentimientos sobre el futuro (ítems 1, 6, 13, 15 y 19), pérdida de la motivación (ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20) y expectativas sobre el futuro (ítems 4, 7, 8, 14 y 18), con ítems con formato de respuesta dicotómica (verdadero y falso) tales como “Mejor me doy por vencido ya que nada puedo hacer para mejorar mi vida”, “Mi futuro parece oscuro” y “Las cosas nunca me salen como yo quiero que me salgan”. Este instrumento interpreta la desesperanza según la sumatoria directa obtenida: 0 a 3 puntos corresponde a un nivel *asintomático*, 4 a 8 puntos es *leve*, 9 a 14 puntos es *moderada* y 15 a 20 puntos es *severa*. Entre sus propiedades psicométricas presentó márgenes aceptables de consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,78) y unas adecuadas medidas convergentes con el BDI-II ( $r = 0,43, p < 0,05$ ) y el ítem de pesimismo del BDI-II (ítem 2,  $r = 0,64, p < 0,01$ ).

### **Medida de la visión de sí mismo, el mundo y el futuro (tríada cognitiva)**

*Inventario de la Tríada Cognitiva*. Es un instrumento elaborado por Beckham, Leber, Watkins, Boyer y Cook (55) que permite determinar cómo se encuentra el paciente en autopercepción (ítems

5, 10, 13, 17, 21, 25, 29, 31, 33 y 35), visión del mundo (ítems 3, 8, 12, 18, 20, 23, 24, 27, 30 y 34) y visión del futuro (ítems 6, 9, 11, 15, 16, 19, 26, 28, 32 y 36), con ítems como “No tengo solución”, “El mundo es un lugar muy hostil” y “Mi futuro es tan horroroso que no puedo ni pensar en él”. Está compuesto por 36 ítems ante los cuales quien responde debe marcar con una “x” si está totalmente de acuerdo, moderadamente de acuerdo, ligeramente de acuerdo, neutro, ligeramente en desacuerdo, moderadamente en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. La calificación se realiza puntuando de 1 a 7 (izquierda a derecha) la respuesta teniendo en cuenta los ítems invertidos y realizando la sumatoria entre números positivos y negativos. La interpretación se elabora teniendo en cuenta que entre más bajo (más negativo) sea el índice total obtenido, mayor es la visión negativa general obtenida. Entre sus propiedades psicométricas obtuvo un favorable índice de consistencia interna alfa de Cronbach = 0,95 y una adecuada validez convergente con el BDI ( $r = 0,67, p < 0,01$ ).

### **Procedimiento**

El estudio se llevó a cabo inicialmente con la identificación de las características conceptuales del trastorno depresivo, tríada cognitiva negativa, ideación suicida y desesperanza, como variables cognitivas en la conducta suicida. A continuación, se convocaron los participantes posterior a una revisión de los criterios de inclusión y exclusión, además de la firma del consentimiento informado aprobado por el comité de ética de la institución universitaria, en el cual se consignaron indicaciones acerca de los riesgos, la confidencialidad y los beneficios de la investigación de manera clara y precisa, así como garantizar el trato digno, protector de los derechos y el bienestar, asegurando que los riesgos sean mínimos. En la fase siguiente se estableció el nivel de depresión, ideación suicida, desesperanza y tríada cognitiva negativa en los participantes, para posteriormente dividir los grupos sintomáticos depresivos y no depresivos según las puntuaciones altas y bajas en el BDI-II para llevar a cabo los análisis comparativos. Se concluyó la investigación con el análisis de los datos obtenidos en cuanto a correlaciones como comparaciones a la luz de la evidencia empírica.

### **Plan de análisis de resultados**

El análisis de los datos obtenidos se realizó por medio del *software* SPSS versión 21. En primera instancia, se hizo un análisis estadístico descriptivo de las variables sociodemográficas

como la edad (media, máximo, mínimo y desviación típica), sexo (frecuencia y porcentajes), estrato socioeconómico, estado civil y escolaridad (frecuencias y porcentajes). Posteriormente, se realizó una prueba de adecuación de la muestra mediante el test Kolmogorov-Smirnov para poder realizar las correlaciones mediante el *r* de Pearson entre las variables. Finalmente, se analizaron las diferencias entre grupos depresivos y no depresivos con una prueba *t* de Student y el tamaño del efecto con la *d* de Cohen (56) para conocer los posibles alcances del estudio, teniendo en cuenta que para las investigaciones en el área clínica y educación, resultados alrededor de una *d* = 0,30 pueden ser relevantes y deben ser tenidos en cuenta puesto que están ligados a elevadas fuentes ajenas de varianza como la confiabilidad y validez de los instrumentos, la complejidad de las situaciones o incluso la interacción entre variables (57).

## Resultados

### Resultados descriptivos

Se hizo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas como edad, sexo, estrato socioeconómico, estado civil y escolaridad (tabla 1). Se obtuvo para este estudio una muestra compuesta por un 78,9% de población femenina, con un nivel socioeconómico predominante medio, con un total de 51 personas equivalentes al 56,7%, con estado civil solteros (82,2%) y un nivel de escolaridad predominantemente universitario (*n* = 71), el cual corresponde a un 78,9% de la muestra total.

Por otra parte, se evidenció que en el BDI-II se obtuvo una *M* = 11,47 (*DT* = 7,26) con un máximo de 33 puntos, en el PANSI se obtuvo una *M* = 6,56 (*DT* = 4,64) con un máximo de 25, a su vez, en el BHS una *M* = 1,54 (*DT* = 1,76) con un máximo de 9, y finalmente, en el ITCtotal se obtuvo una *M* = -62,05 (*DT* = 22,83) con un máximo de 30 puntos (tabla 2).

### Resultados correlacionales y comparativos

Posteriormente, se realizó una prueba de adecuación de la muestra mediante el test Kolmogorov-Smirnov, en la cual las variables estuvieron ajustadas a la curva normal (*p* ≥ 0,05). Se procedió entonces a obtener las correlaciones entre variables mediante el *r* de Pearson que es una medida que representa la

**Tabla 1**

Estadísticos descriptivos obtenidos de la muestra total (N = 90)

| Variable               | Valor          | N                                                        | %    |
|------------------------|----------------|----------------------------------------------------------|------|
| Sexo                   | Hombres        | 19                                                       | 21,1 |
|                        | Mujeres        | 71                                                       | 78,9 |
| Edad                   | Años           | M: 24,2 años<br>DT: 8,65 años<br>Mínimo 18,<br>Máximo 52 | 100  |
| Estrato socioeconómico | 1. Bajo-Bajo   | 1                                                        | 1,1  |
|                        | 2. Bajo        | 4                                                        | 4,4  |
|                        | 3. Medio-bajo  | 25                                                       | 27,8 |
|                        | 4. Medio       | 51                                                       | 56,7 |
|                        | 5. Medio-alto  | 9                                                        | 10,0 |
|                        | 6. Alto        | 0                                                        | 0    |
|                        | Sin dato       | 0                                                        | 0    |
| Estado civil           | 1. Soltero     | 74                                                       | 82,2 |
|                        | 2. Casado      | 7                                                        | 10,6 |
|                        | 3. Unión libre | 6                                                        | 7,8  |
|                        | 4. Separado    | 3                                                        | 6,7  |
|                        | 5. Viudo       | 0                                                        | 3,3  |
|                        | Sin dato       | 0                                                        | 0    |
| Escolaridad            | 1. Sin estudio | 0                                                        | 0    |
|                        | 2. Primaria    | 3                                                        | 3,3  |
|                        | 3. Secundaria  | 10                                                       | 11,1 |
|                        | 4. Técnica     | 4                                                        | 4,4  |
|                        | 5. Superior    | 71                                                       | 78,9 |
|                        | Sin dato       | 2                                                        | 2,2  |

N: Frecuencia, M: Media, DT: Desviación típica

Fuente: elaboración propia.

relación lineal entre dos variables. En la tabla 2 se presentan las correlaciones entre las variables del estudio; dentro de las más significativas fueron la DS según el ítem 2 del BDI-II con la IS según el PANSI (*r* = 0,43, *p* < 0,01), la DS medida con el BHS que correlacionó significativamente con la IS según el ítem 9 del BDI-II y el PANSI (*r* = 0,41, *p* < 0,01 y *r* = 0,43, *p* < 0,01 respectivamente); de igual forma, la IS (ítem 9) y el PANSI con el ITCtotal (*r* = 0,44, *p* < 0,01 y *r* = 0,55, *p* < 0,01 respectivamente), el ITCfuturo con el PANSI y el BHS (*r* = 0,55, *p* < 0,01 y *r* = 0,43, *p* < 0,01 respectivamente). Es destacable que la única medida que tuvo una correlación alta con la depresión fue en el ITC futuro (*r* = 0,49, *p* < 0,01).

**Tabla 2**  
Correlaciones de Pearson entre las variables sintomáticas y cognitivas (N = 90)

| Variables                                            |                 | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      | 9      |
|------------------------------------------------------|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Sintomatología depresiva                             | 1. BDI-II       | -      |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Ideación suicida                                     | 2. i9           | 0,34** | -      |        |        |        |        |        |        |        |
|                                                      | 3. PANSI        | 0,37** | 0,62** | -      |        |        |        |        |        |        |
| Desesperanza                                         | 4. i2           | 0,36** | 0,22*  | 0,43** | -      |        |        |        |        |        |
|                                                      | 5. BHS          | 0,31** | 0,41** | 0,43** | 0,02   | -      |        |        |        |        |
| Visión negativa de sí mismo,<br>el mundo y el futuro |                 |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| (Tríada cognitiva negativa)                          | 6. ITC total    | 0,37** | 0,44** | 0,55** | 0,31** | 0,41** | -      |        |        |        |
| Visión de sí mismo                                   | 7. ITC si mismo | 0,29** | 0,34** | 0,41** | 0,21*  | 0,27** | 0,89** | -      |        |        |
| Visión del mundo                                     | 8. ITC mundo    | 0,49** | 0,40** | 0,51** | 0,34** | 0,38** | 0,89** | 0,68** | -      |        |
| Visión del futuro                                    | 9. ITC futuro   | 0,01   | 0,43** | 0,55** | 0,27** | 0,43** | 0,89** | 0,75** | 0,66** | -      |
| Media                                                |                 | 11,47  | 0,14   | 6,56   | 0,17   | 1,54   | -62,05 | -26,74 | -13,5  | -21,81 |
| DT                                                   |                 | 7,26   | 0,35   | 4,64   | 0,38   | 1,76   | 22,83  | 7,96   | 9,63   | 7,94   |

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ , BDI-II: Inventario de Depresión de Beck, segunda edición, i2: ítem 2 del BDI-II, indicador de desesperanza, i9: ítem 9 del BDI-II, indicador de ideación suicida, PANSI: Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa, BHS: Escala de Desesperanza de Beck, ITC: Inventario de la Tríada Cognitiva, DT: Desviación típica

Fuente: elaboración propia.

A continuación, para identificar diferencias entre personas depresivas y no depresivas en cuanto a ideación suicida, desesperanza y tríada cognitiva negativa, se llevó a cabo una prueba  $t$  de Student la cual es un método que permite evidenciar la existencia de diferencias significativas entre los datos obtenidos de dos grupos en la evaluación de una variable. En la tabla 3 se presentan los grupos comparados, los cuales evidenciaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ). En la prueba del tamaño del efecto de Cohen (56), denominada así para explicar “en qué grado la hipótesis nula es falsa” (57), los tamaños fueron grandes según el criterio del mismo Cohen ya que oscilaron entre 0,57 y 0,64 con unos  $r$  entre 0,27 y 0,30, indicadores adecuados de relación entre las variables dependientes y los dos grupos evaluados.

## Discusión

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre cognición según la ideación suicida, desesperanza, depresión

y tríada cognitiva negativa como evidencia del modelo cognitivo del riesgo suicida. A partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar que constituyen nueva evidencia del modelo planteado a partir de las variables evaluadas, tal como se ha propuesto en distintas revisiones sobre cognición negativa y suicidio (13, 27, 48). Estos hallazgos coinciden con los reportados en investigaciones similares en las que se encontraron correlaciones positivas y significativas entre depresión y riesgo suicida (16, 25), lo que permite afirmar lo planteado en la hipótesis 1 del estudio, en la cual se señaló que posiblemente las conductas suicidas están estrechamente relacionadas con la depresión clínica (40, 58), y se constituye como evidencia para la evaluación de un elevado riesgo suicida, tal como se encontró en las diferencias  $t$  estadísticamente significativas en el presente estudio.

Se resalta, a su vez, que la correlación positiva obtenida entre desesperanza e IS resultó acorde con los hallazgos reportados por Smith, Alloy y Abramson (27) desde el modelo de depresión

**Tabla 3**  
Diferencias en ideación suicida, desesperanza y tríada cognitiva negativa en depresivos y no depresivos

|            |                        | PANSI          |                         | BHS           |                         | ITCtotal         |                         |
|------------|------------------------|----------------|-------------------------|---------------|-------------------------|------------------|-------------------------|
|            |                        | M (DT)         | t (gl) (Sig. bilateral) | M (DT)        | t (gl) (Sig. bilateral) | M (DT)           | t (gl) (Sig. bilateral) |
| Depresión  | Depresivos (n = 37)    | 0,34<br>-1,27  | 2,72<br>-88             | 2,18<br>-2,02 | 3,03<br>-88             | -54,21<br>-21,46 | 2,82<br>-88             |
|            | No Depresivos (n = 53) | -0,26<br>-0,85 | -0,008                  | 1,09<br>-1,4  | -0,003                  | -67,52<br>-22,34 | -0,006                  |
| d de Cohen |                        |                | 0,64<br>0,3             |               | 0,6<br>0,28             |                  | 0,57<br>0,27            |

M: Media, DT: Desviación típica, t: t de Student, PANSI: Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa, BHS: Escala de Desesperanza de Beck, ITC: Inventario de la Tríada Cognitiva, d de Cohen: estadígrafo para determinar el tamaño del efecto en comparación de muestras no relacionadas. Una puntuación superior a 0,60 es considerada *grande*; r: r de Pearson para determinar la relación entre los grupos y las variables comparadas.

Fuente: elaboración propia.

por desesperanza, aspecto que apoya la aceptación de la segunda hipótesis del estudio. Semejantes resultados se han reportado en las conclusiones en estudios llevados a cabo en distintas poblaciones (etnias distintas, asiáticos, rangos de edad) (16, 29, 30) sobre la relación positiva y significativa entre estas dos variables, por tanto se puede afirmar que la IS es más probable que se presente en personas con desesperanza, visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, como componentes cognitivos de la depresión según el modelo explicativo de este trastorno (12, 39), donde aparece un continuo que inicia con las cogniciones negativas (tríada), sigue con desesperanza y termina con IS (13), aspecto que se puede evidenciar también en las diferencias significativas entre depresivos y no depresivos, tal como fueron planteadas en la tercera hipótesis del estudio.

Según el modelo teórico, los datos parecen informar acerca del funcionamiento esquemático disfuncional que da lugar a la aparición del síndrome depresivo, con la presencia de síntomas como la abulia (pérdida de voluntad), desesperanza (pesimismo y pérdida de control), no confirmación de evidencia positiva (filtros atencionales), sobrestimación de dificultades cotidianas, autofocalización en el fracaso y posterior IS (13, 27, 59). Clark *et al.* (6) resaltaron este conjunto sintomático en el cual sobresalen las cogniciones negativas a partir de la hipótesis de

la primacía, en la cual la cognición cumple un papel mediador no causal con los síntomas motivacionales, conductuales, somáticos y afectivos. Evidencias a favor del papel mediador de la cognición se encuentran en estudios que sugieren que la tríada cognitiva debe ser integrada en el modelo de depresión por desesperanza, teniendo en cuenta además los estilos cognitivos inferenciales, apuntando a la generación de un modelo explicativo integrador (60), con mayor soporte empírico y claridad conceptual (61), particularmente en su papel en el desarrollo de trastornos depresivos y su comorbilidad (62).

## Limitaciones

Los hallazgos reportados en el presente estudio deben ser tenidos en cuenta a la luz de las siguientes limitaciones. En primer lugar, para futuros estudios se deben considerar las diferencias entre hombres y mujeres de las muestras utilizadas, puesto que evidencia reciente ha indicado que los hombres presentan mayor vulnerabilidad de desarrollar depresión ante estresores específicos, mientras que las mujeres varían únicamente en su estilo inferencial, como moderadores de la respuesta depresiva (63).

En segundo lugar, el uso de muestras subclínicas las cuales han sido objeto de investigaciones sobre IS. Al parecer, la IS es

más frecuente en jóvenes universitarios (54, 11) y no se limita a depresiones graves o profundas (55), también se evidencia un notable incremento de riesgo en personas pertenecientes a grupos raciales minoritarios (64) y población infantil (65, 66).

En tercer lugar, otro elemento para el desarrollo de futuras investigaciones es tener en cuenta variables cognitivas adicionales que permitan complementar el modelo cognitivo del riesgo suicida, tales como la perspectiva hacia el futuro (*future time perspective FTP*), la cual ha demostrado servir como atenuador de la motivación suicida con síntomas depresivos y desesperanza (67).

En cuarto lugar, con el objetivo de generar un mayor alcance de los resultados y la generalización de los mismos a nivel poblacional, se recomienda elaborar replicaciones con un tamaño muestral mayor siguiendo métodos específicos de muestreo que permitan abarcar diferentes grupos poblacionales. De igual manera, presentar los niveles de confiabilidad y validez de los instrumentos usados en el estudio, con el fin de contar a futuro con datos de adaptación al contexto local de los mismos, y así reducir las fuentes de error en la investigación.

## Conclusiones

Los factores cognitivos desadaptativos, como la tríada cognitiva negativa, la desesperanza y la IS son elementos derivados de la activación de modos disfuncionales que guían el procesamiento de la información en los casos de depresión y conducta suicida. El estudio expuesto, por tanto, se presenta como nueva evidencia acerca de la relación entre estos constructos que constituyen el riesgo suicida desde el modelo cognitivo explicativo.

Estos hallazgos permitirán, a futuro, servir de soporte empírico para el desarrollo de programas de promoción en salud mental y prevención de la conducta suicida, basados en la detección de los signos de alarma a nivel cognoscitivo en los cuales se identifiquen las cogniciones relacionadas con una visión negativa de sí mismos, de los demás y del futuro, acompañada de desesperanza y la aparición de IS, la cual contiene el deseo de muerte e incluso la elaboración de un plan estructurado de muerte por suicidio, siempre y cuando se mantengan enfocados hacia la disminución del riesgo suicida y estén acompañados de una permanente intervención multidisciplinaria.

## Referencias

1. World Health Organization (WHO). For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
2. Maj M, Reed GM. (eds.) The ICD-11 Classification of mood and anxiety disorders: Background and options (volume 11, supplement 1). Milan: Elsevier; 2012.
3. Sapna, HL. Academic anxiety, depression and self-efficacy as predictors of suicide ideation among adolescents. *Indian Journal of Health and Wellbeing*. 2013;4(7):1438-40.
4. Abel W, Sewell C, Martin JS, Bailey-Davidson Y, Fox K. Suicide ideation in Jamaican youth: sociodemographic prevalence, protective and risk factors. *West Ind Med J*. 2012;61(5):521-5.
5. King CA, Jiang Q, Czyz EK, Kerr DC, R. Suicidal Ideation of Psychiatrically Hospitalized Adolescents has One-Year Predictive Validity for Suicide Attempts in Girls Only. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(3):467-77. doi:10.1007/s10802-013-9794-0
6. Lee S, Tsai Y, Chen C, Huang L. Triggers of suicide ideation and protective factors of actually executing suicide among first onset cases in older psychiatric outpatients: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2014;14:269. doi:10.1186/s12888-014-0269-9.
7. Swanson SA, Colman I. Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. *CMAJ*. 2013;185(10):870-7. doi:10.1503/cmaj.121377
8. Troister T, Davis MP, Lowndes A, Holden RR. A five-month longitudinal study of psychache and suicide ideation: replication in general and high-risk university students. *Suicide Life Threat Behav*. 2013;43(6):611-20. doi:10.1111/sltb.12043

9. Chen W, Shyu S, Lin G, Chen C, Ho C, Lee M, Chou F. The predictors of suicidality in previous suicide attempters following case management services. *Suicide Life Threat Behav.* 2013;43(5):469-78. doi:10.1111/sltb.12031
10. Links P, Nisenbaum R, Ambreen M, Balderson K, Bergmans Y, Eynan R, et al. Prospective study of risk factors for increased suicide ideation and behavior following recent discharge. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012;34(1):88-97. doi:10.1016/j.genhosppsych.2011.08.016
11. Bogers IC, Zuidersma M, Boshuisen ML, Comijs HC, Oude Voshaar RC. Determinants of thoughts of death or suicide in depressed older persons. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(11):1775-82. doi:10.1017/S1041610213001166.
12. Rush AJ, Beck AT. *Cognitive Therapy of Depression and Suicide.* Am J Psychother. 1978;32(2):201-19.
13. Wenzel A, Brown GK, Beck AT. *Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications.* Washington, D.C.: American Psychological Association; 2009.
14. Fässberg MM, van Orden KA, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E, et al. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9(3):722-45. doi:10.3390/ijerph9030722
15. van Dulmen M, Mata A, Claxton S, Klipfel K, Schinka K, Monica S, et al. Longitudinal associations between violence and suicidality from adolescence into adulthood. *Suicide Life Threat Behav.* 2013;43(5):523-31. doi:10.1111/sltb.12036
16. Khan I, Upmanyu VV, Vinayak S, Kumar S. Study on depression, hopelessness, anxiety, cognitive rigidity, affective dysregulation and family environment as predictors of suicide ideation among male adolescents. *IJHW.* 2014;5(10):1124-9.
17. Delfabbro PH, Winefield HR, Winefield AH. Life-time and current suicide-ideation in Australian secondary students: Socio-demographic, health and psychological predictors. *J Affect Disord.* 2013;151(2):514-24. doi:10.1016/j.jad.2013.06.036.
18. Turner H, Finkelhor D, Shattuck A, Hamby S. Recent victimization exposure and suicidal ideation in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166(12):1149-54. doi:10.1001/archpediatrics.2012.1549.
19. Valois RF, Zullig KJ, Hunter AA. Association between adolescent suicide ideation, suicide attempts and emotional self-efficacy. *J Child Fam Stud.* 2015;24(2):237-48.
20. Player MJ, Proudfoot J, Fogarty A, Whittle E, Spurrier M, Shand F, et al. What Interrupts Suicide Attempts in Men: A Qualitative Study. *PLoS One.* 2015;10(6):e0128180. doi:10.1371/journal.pone.0128180.
21. Lamis DA, Ballard ED, Patel AB. Loneliness and Suicidal Ideation in Drug-Using College Students. *Suicide Life Threat Behav.* 2014;44(6):629-40. doi:10.1111/sltb.12095
22. Rice SM, Fallon BJ, Aucote HM, Möller-Leimkühle AM. Development and preliminary validation of the male depression risk scale: Furthering the assessment of depression in men. *J Affect Disord.* 2013;151(3):950-58. doi:10.1016/j.jad.2013.08.013.pmid:24051100
23. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med.* 2016;46(2):225-36. doi:10.1017/S0033291715001804
24. Chan LF, Shamsul AS, Maniam T. Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: a 12-month prospective study among patients with depressive disorders. *Psychiatry Res.* 2014;220(3):867-73. doi:10.1016/j.psychres.2014.08.055
25. Ekramzadeh S, Javadpour A, Draper B, Mani A, Withall A, Sahraian A. Prevalence and correlates of suicidal thought and self-destructive behavior among an elderly hospital population in Iran. *Int Psychogeriatr.* 2012;24(9):1402-8. doi:10.1017/S1041610212000245
26. Chae MH, Boyle DJ. Police suicide: prevalence, risk, and protective factors. *Policing.* 2013;36(1):91-118. doi:10.1108/13639511311302498
27. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: Theory-Based subtype of depression. *Psychol Rev.* 1989;96(2):358-72. doi:10.1007/978-1-4613-0649-8\_4
28. Hewitt PL, Caelian CF, Chen C, Flett GL. Perfectionism, stress, daily hassles, hopelessness, and suicide potential in depressed psychiatric adolescents. *JPBA.* 2014;36(4):663-74. doi:10.1007/s10862-014-9427-0

29. Assari S, Lankarini MM. Depressive symptoms are associated with more hopelessness among white than black older adults. *Front Public Health*. 2016;4(82):1-10. doi:10.3389/fpubh.2016.00082
30. Pompili M, Innamorati M, Gonda X, Serafini G, Sarno S, Erbutto D, et al. Affective temperaments and hopelessness as predictors of health and social functioning in mood disorder patients: a prospective follow-up study. *J Affect Disord*. 2013;150(2):216-22. doi:10.1016/j.jad.2013.03.026
31. Assari S, Lankarani MM. Association between stressful life events and depression; intersection of race and gender. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2015;2(3):1-8. doi:10.1007/s40615-015-0160-5
32. Jaiswal SV, Faye AD, Gore SP, Shah HR, Kamath RM. Stressful life events, hopelessness, and suicidal intent in patients admitted with attempted suicide in a tertiary care general hospital. *J Postgrad Med*. 2016;62(2):102-4. doi:10.4103/0022-3859.180556
33. Troister T, D'Agata MT, Holden RR. Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates. *Psychol Assess*. 2015;27(4):1500-6. doi:10.1037/pas0000126
34. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
35. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press; 1976.
36. Beck AT, Rush J, Shaw B, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press; 1979.
37. Toro RA. Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychol Av Discip*. 2013;7(1):93-102.
38. Clark DA, Beck AT, Alford BA. *Scientific Foundations of Cognitive Therapy and Therapy of Depression*. New York: John Wiley & Sons; 1999.
39. Jager-hyman S, Cunningham A, Wenzel A, Mattei S, Brown GK, Beck AT. Cognitive distortions and suicide attempts. *Cognit Ther Res*. 2014;38(4):369-74.
40. Hawton K, Casañas I, Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147(1-3):17-28. doi:10.1016/j.jad.2013.01.004
41. Villalobos-Galvis FH, Arévalo C, Rojas FD. Adaptación del Inventario de Resiliencia Ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Rev Panam Salud*. 2012;31(3):233-39
42. Kiosses DN, Szanto K, Alexopoulos GS. Suicide in older adults: The role of emotions and cognition. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(11):495. doi:10.1007/s11920-014-0495-3
43. Soltaninejad A, Fathi-Ashtiani A, Ahmadi K, Mirsharafoddini HS, Nikmorad A, Pilevarzadeh M. Personality factors underlying suicidal behavior among military youth. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2014;16(4):e12686. doi:10.5812/ircmj.12686
44. Miranda R, Gallagher M, Bauchner B, Vaysman R, Marroquín B. Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Depress Anxiety*. 2012; 29(3):180-6. doi:10.1002/da.20915
45. Zimmerman L, Villatte JL, Kerbrat AH, Atkins DC, Flaster A, Comtois KA. Current suicidal ideation among treatment-engaged active duty soldiers and marines. *Mil Behav Health*. 2015;3(4):296-305. doi:10.1080/21635781.2015.1093980
46. Kessler RC, Warner CH, Ivany C, Petukhova MV, Rose S, Bromet EJ, et al. Predicting suicides after psychiatric hospitalization in US Army Soldiers: The Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*. 2015;72:49-57. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.175425390793
47. Vianchá MA, Bahamón ML, Alarcón LL. Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis Psicológica*. 2013;8(1):112-23.
48. May AM, O'Brien KH, Liu RT, Klonsky ED. Descriptive and psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA) in an inpatient adolescent sample. *Arch Suicide Res*. 2016;1-7. [Epub ahead of print]
49. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.

50. Brenlla M, Rodríguez C. Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II. Adaptación Argentina. Buenos Aires: Paidós; 2006.
51. Villalobos-Galvis FH. Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa - PANSI, en estudiantes colombianos. *Univ Psychol* 2010;9(2):509-20.
52. Osman A, Gutiérrez P, Kopper B, Barrios F, Chiros C. The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychol Rep.* 1998;82(3):783-93.
53. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol.* 1974;42(6):861-5.
54. Mikulic IM, Cassullo GL, Crespi MC, Marconi A. Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina. *Anu Investig.* 2009;16:365-73.
55. Beckham EE, Leber WR, Watkins JT, Boyer JL, Cook JB. Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: the Cognitive Triad Inventory. *J Consult Clin Psychol.* 1986;54(4):566-7.
56. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* Second edition. New York: Academic Press; 1988.
57. Morales P. El tamaño del efecto (effect size): Análisis complementarios al contraste de medias. Guatemala: Universidad Pontificia Comillas, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Rafael Landívar; 2012 [visitado 2013 dic 5]. Disponible en <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oDelEfecto.pdf>
58. Sanchis F, Simón A. Suicidal behavior and depression in adolescents. *Estudios de Psicología.* 2012;33(1):39-50. doi:10.1174/021093912799803854
59. O'Connor RC, Smyth R, Ferguson E, Ryan C, Williams JMG. Psychological processes and repeat suicidal behavior: a four-year prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 2013;81(6):1137-43. doi:10.1037/a0033751 23855989
60. Pössel P, Thomas D. Cognitive triad as mediator in the hopelessness model? A three-wave longitudinal study. *J Clin Psychol.* 2011;67(3):224-40. doi:10.1002/jclp.20751
61. Liu RT, Kleiman EM, Nestor BA, Cheek SM. The Hopelessness Theory of Depression: A quarter century in review. *Clin Psychol (New York).* 2015;22(4):345-65. doi:10.1111/cpsp.12125
62. Braet C, Wante L, van Beveren ML, Theuwis L. Is the cognitive triad a clear marker of depressive symptoms in youngsters? *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24(10):1261-8. doi:10.1007/s00787-015-0674-8
63. Stone LB, Gibb BE, Coles ME. Does the hopelessness theory account for sex differences in depressive symptoms among young adults? *Cog Ther Res.* 2010;34(2):177-87. doi:10.1007/s10608-009-9241-2
64. Walker RL, Salami TK, Carter SE, Flowers K. Perceived racism and suicide ideation: mediating role of depression but moderating role of religiosity among African American adults. *Suicide Life Threat Behav.* 2014;44(5):548-59. doi:10.1111/sltb.12089
65. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *RPCNA.* 2016;3(1):9-18.
66. Tan L, Xia T, Reece C. Social and individual risk factors for suicide ideation among Chinese children and adolescents: A multilevel analysis. *Int J Psychol.* 2016. doi:10.1002/ijop.12273
67. Chin J, Holden RR. Multidimensional future time perspective as moderators of the relationships between suicide motivation, preparation, and its predictors. *Suicide Life Threat Behav.* 2013;43(4):395-405. doi:10.1111/sltb.12025