



ORIGINALES

Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención

Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção

Depression and suicidal ideation in adolescence: implementation and evaluation of an intervention program

Ana Paula Amaral¹

Josiane Uchoa Sampaio²

Fátima Regina Ney Matos³

Margarida Tenente Santos Pocinho¹

Rafael Fernandes de Mesquita⁴

Laelson Rochelle Milanês Sousa⁵

¹ Escuela Superior de Tecnología de la Salud de Coimbra-IPC. Coimbra. Portugal. amaral.anapm@gmail.com

² Coimbra Health School, Polytechnic Institute of Coimbra, Portugal; Medical Center Cefama, São Luís, Brasil

³ Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra. Portugal.

⁴ Instituto Federal de Piauí. Piauí. Brasil.

⁵ Programa de Posgraduación en Enfermería Fundamental. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. São Paulo. Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.402951>

Recibido: 13/11/2019

Aceptado: 17/02/2020

RESUMEN:

Objetivo: Desarrollar, implementar y evaluar un programa de prevención del suicidio dirigido a adolescentes.

Materiales y Métodos: Estudio cuasi experimental, del tipo antes y después, con adolescentes de una institución educativa en São Luís, Maranhão, Brasil. El estudio siguió las etapas de desarrollo, implementación y evaluación de un programa de intervención para la prevención del suicidio. Se administraron tres instrumentos de evaluación antes y después de la intervención: la escala de ideación suicida de Beck; el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Desesperanza de Beck.

Resultados: Antes de la intervención, participaron 102 adolescentes, 30 (29.4%) tenían ideación suicida y síntomas depresivos. Después de la intervención, los instrumentos se aplicaron a los 30 adolescentes seleccionados, 12 (40.0%) continuaron con la ideación. Antes de la intervención, el Inventario de depresión promedio fue de 23.83 y luego de 7.17 ($p < 0.0001$). En cuanto a la desesperanza, el promedio obtenido antes fue 7.23 y luego 2.17 ($p < 0.0001$); Con respecto a la ideación suicida, el promedio obtenido antes fue de 10.50 y luego de 2.57 ($p < 0.0001$).

Conclusión: Hubo una disminución en los síntomas depresivos, la desesperanza y la ideación suicida después de la implementación del elaborado programa de intervención.

Palabras clave: Ideación suicida; Depresión Adolescencia; Intervención psicoeducativa.

RESUMO:

Objetivo: Analisar os resultados do desenvolvimento e implementação de um programa de prevenção do suicídio dirigido a adolescentes.

Materiais e Métodos: Estudo quase experimental, do tipo antes e depois, com adolescentes de uma Instituição de Ensino em São Luís, Maranhão, Brasil. O estudo seguiu as etapas de desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa de intervenção direcionado à prevenção do suicídio. Foram administrados três instrumentos de avaliação, antes e após a intervenção: a Escala de Ideação Suicida de Beck; o Inventário de Depressão de Beck e a Escala de Desesperança de Beck.

Resultados: Antes da intervenção participaram 102 adolescentes, 30 (29,4%) apresentaram ideação suicida e sintomatologia depressiva. Após a intervenção os instrumentos foram aplicados para os 30 adolescentes selecionados, 12 (40,0%) continuaram com ideação. Antes da intervenção a média do Inventário de Depressão foi de 23,83 e depois 7,17 ($p < 0,0001$). Quanto à desesperança, a média obtida antes foi 7,23 e depois 2,17 ($p < 0,0001$); No que diz respeito à ideação suicida, a média obtida antes foi 10,50 e depois foi 2,57 ($p < 0,0001$).

Conclusão: Ocorreu uma diminuição da sintomatologia depressiva, da desesperança e da ideação suicida após a implementação do programa de intervenção elaborado.

Palavras chave: Ideação Suicida; Depressão; Adolescência; Intervenção psicoeducativa.

ABSTRACT:

Objective: To develop, implement and evaluate a suicide prevention program aimed at adolescents.

Material and Methods: A quasi-experimental study, before and after, with adolescents from an educational institution in São Luís, Maranhão, Brazil. The study followed the stages of development, implementation and evaluation of a suicide prevention intervention program. Three assessment instruments were administered before and after the intervention: Beck's Suicidal Ideation Scale; Beck's Depression Inventory and Beck's Hopelessness Scale.

Results: Before the intervention, 102 adolescents participated, 30 (29.4%) had suicidal ideation and depressive symptoms. After the intervention the instruments were applied to the 30 selected adolescents, 12 (40.0%) continued with ideation. Prior to intervention, the average Depression Inventory was 23.83 and then 7.17 ($p < 0.0001$). As for hopelessness, the average obtained before was 7.23 and then 2.17 ($p < 0.0001$); Regarding suicidal ideation, the average obtained before was 10.50 and then 2.57 ($p < 0.0001$).

Conclusion: There was a decrease in depressive symptoms, hopelessness and suicidal ideation after the implementation of the elaborated intervention program.

Key words: Suicidal Ideation; Depression; Adolescence; Psychoeducational intervention.

INTRODUCCIÓN

La fase de la adolescencia caracteriza al ser humano que busca una nueva identidad. A menudo acumula experiencias de sufrimiento, soledad, dudas, ansiedad y confusión. Los cambios de humor que van desde la alegría (euforia) hasta la tristeza y la depresión, el duelo frente a la infancia perdida, los comportamientos antisociales, la necesidad de aceptación en grupos y la oposición a cualquier autoridad y personas que representan el control son parte de este camino. La soledad y el aislamiento también son comunes entre los adolescentes. Aunque la depresión no es una enfermedad silenciosa, rara vez se diagnostica en la práctica médica diaria. Se estima que solo el 34% de las personas con depresión buscan ayuda especializada y solo un tercio de las personas con depresión encuentran la ayuda que necesitan. La mayoría de las veces, las personas no pueden reconocer o nombrar su enfermedad y a menudo tienen quejas generales. La práctica habitual de las clínicas médicas ambulatorias es asumida cada vez más por profesionales de todas las especialidades médicas que no quieren o no pueden conocer a sus clientes con respecto a su historia

de vida, personal, familiar, profesional, contexto social, pensamientos, sentimientos y comportamientos ⁽¹⁾.

La depresión es uno de los factores de riesgo más relacionados con el suicidio. El aislamiento en personas con depresión tiende a aumentar los síntomas de la enfermedad. El distanciamiento de los amigos y las personas más cercanas, la falta de interés en el trabajo, el ocio y cualquier otra actividad cotidiana son características notables. Aquí, es importante enfatizar la necesidad de no confundir la tristeza y la depresión. Cuando hablamos de depresión, nos referimos a una enfermedad psiquiátrica que requiere atención especial.

Los pensamientos suicidas son frecuentes en la adolescencia, especialmente en las fases de mayores dificultades ante un factor estresante importante. La mayoría de las veces, son transitorios, no indican psicopatología ni necesidad de intervención. Sin embargo, cuando estos pensamientos son intensos y prolongados, aumenta el riesgo de provocar un comportamiento suicida. Los adolescentes son más propensos a la inmediatez y la impulsividad, y aún no tienen plena madurez emocional; por lo tanto, les resulta más difícil lidiar con el estrés agudo, como el final de una relación, situaciones que causan vergüenza o humillación, rechazo por parte del grupo social, fracaso escolar y pérdida de un ser querido. Estos eventos pueden actuar como desencadenantes de actos suicidas ⁽²⁾.

La ideación suicida se asocia con un mayor riesgo de futuros intentos de suicidio. La planificación del suicidio implica un alto riesgo de muerte. La presencia de ideas suicidas es, en sí misma, un signo importante de angustia psicológica y requiere atención adicional en la evaluación clínica. Puede haber un trastorno psiquiátrico que requiera un reconocimiento rápido y un tratamiento adecuado ⁽²⁾.

El comportamiento suicida se puede clasificar en tres etapas: ideación suicida (que puede variar desde pensamientos de muerte hasta intención de suicidio estructurada con o sin planificación suicida), suicidio consumado y el intento de suicidio que ocurre entre la ideación y el suicidio consumado ⁽³⁾.

Los efectos de los antecedentes familiares en el comportamiento suicida están mediados por factores genéticos y ambientales. La mayor prevalencia del suicidio está más asociada con la herencia de rasgos impulsivos y agresivos que con la enfermedad mental. También es importante la identificación psicológica con los seres queridos y la existencia de dinámicas perturbadas en ciertas familias. Uno debe estar alerta a la violencia doméstica y a los informes de abuso físico o sexual. En la adolescencia, además de los trastornos clásicos asociados con el suicidio, también se debe considerar el "déficit de atención con hiperactividad" y el "trastorno de conducta" descrito en el manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (DSM-V), que puede ocurrir una exacerbación de otros trastornos mentales comórbidos, como la depresión, y un aumento de la impulsividad y las conductas de riesgo ⁽²⁾.

Dados estos enfoques, es necesario desarrollar acciones de tipo intervención para promover la salud mental de los adolescentes a fin de identificar y reducir los posibles riesgos de suicidio en esta población. El objetivo de esta investigación es analizar los resultados del desarrollo y la implementación de un programa de prevención del suicidio dirigido a adolescentes de entre 13 y 17 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasiexperimental, del tipo antes y después, realizado con adolescentes de 13 a 17 años de edad, estudiantes de una institución de enseñanza privada en la ciudad de São Luís, Maranhão, Brasil. El estudio siguió los pasos de desarrollar, implementar y evaluar un programa de intervención destinado a prevenir el suicidio.

Inicialmente, se administraron 102 instrumentos de evaluación a 102 adolescentes: la forma sociodemográfica, la Escala de ideación de suicidio de Beck (SSI), el Inventario de depresión de Beck (BDI) y la Escala de desesperanza Beck (Escala de desesperanza de Beck - BHS). La aplicación fue colectiva, con una duración promedio de 30 minutos.

Después de la aplicación, se seleccionaron adolescentes con una incidencia de síntomas depresivos e ideación suicida, según los resultados de los cuestionarios, y se formó un grupo de 30 adolescentes.

Los 30 participantes formaron parte de la implementación del programa de intervención, que también tuvo lugar en el espacio escolar. Las intervenciones grupales terapéuticas y psicoeducativas consistieron en 15 sesiones, tres veces por semana. Cada sesión duró 50 minutos.

Al final del programa de intervención, pasamos al segundo momento de evaluación, en el que los participantes volvieron a responder a los instrumentos administrados antes del programa de intervención. Las fases correspondientes a la evaluación e implementación de las sesiones tuvieron lugar durante un período de tres meses, incluidos los meses de mayo, junio y julio de 2017.

Herramientas de evaluación

Cuestionario de caracterización sociodemográfica. Para caracterizar la muestra, se aplicó un cuestionario que consta de los siguientes datos: edad, sexo, estado civil y educación.

Escala de ideación suicida de Beck. Para investigar la incidencia de la ideación suicida, elegimos la Escala de ideación suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation - SSI), una versión autoinformada de otro instrumento clínico, también desarrollado en el CCT de la Universidad de Pennsylvania y utilizado desde 1970 para investigar la ideación suicida en pacientes psiquiátricos.

En su forma final, SSI consta de 21 ítems, de los cuales 19 tienen tres respuestas alternativas y reflejan gradaciones de la gravedad de los deseos, actitudes y planes suicidas. Presentan los siguientes contenidos: 1) Deseo de vivir; 2) Deseo de morir; 3) Razones para vivir o morir; 4) intento de suicidio activo; 5) intento de suicidio pasivo; 6) Duración de las ideas suicidas; 7) Frecuencia de ideación; 8) Actitud hacia la ideación 9) Control sobre actos suicidas; 10) Inhibiciones para el intento; 11) razones para el intento; 12) Especificidad de la planificación; 13) Accesibilidad u oportunidad del método; 14) capacidad de hacer el intento; 15) Probabilidad de intento real; 16) Alcance de la verdadera preparación; 17) nota de suicidio; 18) Actos finales; 19) Proyección secreta ⁽⁴⁾. Los dos últimos ítems, no incluidos en el puntaje final, de

carácter informativo, brindan información importante sobre el número de intentos de suicidio previos y la gravedad de la intención de morir en el último ⁽⁴⁾.

Inventario de depresión de Beck. Se aplicó el Inventario de depresión de Beck (BDI) para investigar la presencia o ausencia de síntomas depresivos; Se recomienda la aplicación conjunta con SSI. Es universalmente reconocido como una medida de la intensidad de la depresión y una de las primeras características dimensionales de este tipo. Es una escala de autoinforme de 21 ítems, cada uno con un marco alternativo, lo que implica grados crecientes de gravedad de la depresión, con un puntaje de 0 a 3.

Beck dice que seleccionó los ítems basándose en observaciones e informes de síntomas y actitudes frecuentes en pacientes con depresión, y que no fueron elegidos para reflejar ninguna teoría particular de la depresión. Los artículos BDI se refieren a: 1) Tristeza; 2) Pesimismo; 3) Sensación de fracaso; 4) Insatisfacción; 5) Culpabilidad; 6) Castigo; 7) Autodesprecio; 8) Auto acusaciones; 9) Ideas suicidas; 10) Llanto; 11) Irritabilidad; 12) Retiro social; 13) Indecisión; 14) Cambio en la autoimagen; 15) Dificultad para trabajar; 16) Insomnio; 17) Fatiga; 18) Pérdida de apetito; 19) Pérdida de peso; 20) Preocupaciones somáticas; 21) Pérdida de la libido. En la versión portuguesa, el contenido de los elementos sigue siendo idéntico. La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones individuales de los elementos. La puntuación total permite clasificar los niveles de intensidad de la depresión. Los niveles descritos en el manual Beck and Steer, basados en datos de pacientes con TMC, no son idénticos a los que deberían usarse con pacientes psiquiátricos, en la versión portuguesa ⁽⁴⁾.

Escala de desesperanza de Beck. Para investigar la presencia o ausencia de desesperanza, elegimos la Escala de desesperanza de Beck (BHS), desarrollada originalmente en el CCT, que se presenta como una medida de la dimensión de la desesperanza. Se puede decir que el instrumento fue creado como una forma de poner en práctica el componente de desesperanza del modelo cognitivo de Beck sobre la depresión, un componente que, según Beck, corresponderá a la definición de desesperanza, presentada por Stotland - sistema de esquema cognitivo, en el que el denominador común es la expectativa negativa sobre el futuro cercano y remoto ⁽⁴⁾.

Según los autores, las personas sin esperanza creen: 1) que nada les irá bien; 2) que nunca tendrán éxito en lo que intentan hacer; 3) que sus objetivos importantes nunca se pueden lograr y 4) que sus peores problemas nunca se resolverán.

El BHS es una escala dicotómica, que comprende 20 ítems, que consta de declaraciones que involucran cogniciones sobre la desesperanza. Al estar de acuerdo CIERTO o INCORRECTO con cada uno de ellos, el sujeto describe su actitud, lo que permite evaluar el alcance de las expectativas negativas con respecto al futuro inmediato y remoto. La puntuación total es el resultado de la suma de los elementos individuales. Puede variar de 0 a 20, que es la estimación del alcance de las expectativas negativas hacia el futuro, que se puede clasificar en niveles ⁽⁴⁾.

Programa de intervención

La intervención consistió en 15 sesiones, con tres sesiones semanales. Las sesiones fueron sesiones grupales, cada una de aproximadamente una hora. Los 30

adolescentes se dividieron en 2 grupos de 15 y en cada grupo se implementaron las 15 sesiones.

Al comienzo de cada sesión, intentamos crear una atmósfera feliz y relajada a través de diversas actividades: charlar en círculo, jugar juegos recreativos con música, hula hoops, raquetas, pelotas, cuerdas, panderetas y guitarras para niños. Las actividades realizadas en cada sesión se describen en el anexo de este artículo.

Procesamiento de datos

Para el análisis de datos, en relación con las variables sociodemográficas, se realizó un análisis descriptivo (cálculos de frecuencia). Con respecto a las estadísticas inferenciales, se utilizó la prueba exacta de Fisher para determinar la asociación entre la depresión y la ideación suicida y la regresión logística para evaluar, entre las diversas variables en el estudio, las más asociadas con la ideación suicida.

Los datos recopilados fueron sujetos a tratamiento estadístico a través del programa EPI INFO, un software de dominio público creado por los CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, en el Centro Portugués para el Control y Prevención de Enfermedades) dirigido al área de salud.

Consideraciones éticas

Este estudio obtuvo una opinión favorable del Comité de Ética de la Escuela Superior de Tecnología de la Salud de Coimbra, que consideró que estaba de acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Los 102 adolescentes que participaron en el estudio tuvieron la siguiente caracterización: 72 (70,6%) eran mujeres, con una edad media de 15,06 años y la desviación estándar de 1,22, 35 (34,3%) estaban en la escuela. 1er año de secundaria y 28 (27,4%) el 2do año. De los 102 adolescentes, 30 (29,4%) tenían ideación suicida y 37 depresión leve, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Intensidad de la depresión, con y sin ideación suicida (N = 102)

Depresión de intensidad (BDI)	Con ideación suicida		Sin ideación suicida		Total	
	N	%	n	%	n	%
Mínimo	0	0	39	38,2	39	38,2
Leve	10	9,8	27	26,5	37	36,3
Moderado	17	16,7	06	5,9	23	22,6
Severa	03	2,9	0	0	03	2,9
Total	30	29,4	72	70,6	102	100,0

Depresión (mínima = 0-11; leve = 12-19; moderada = 20-35; severa = 36-63)

Los adolescentes con ideación suicida fueron seleccionados para participar en la Escala de ideación suicida de Beck (SSI). De un total de 30, 25 (83,3%) eran mujeres. Las edades oscilaron entre 13 y 17 años, con una media de 15,53 años y una desviación estándar (DE) de 1,13. La mayoría asistió al primer año (36,7%) y segundo año (30,0%) de la escuela secundaria.

Los resultados muestran que después de la intervención, con respecto a los síntomas depresivos, 22 (73.3%) comenzaron a tener niveles de presión "mínimos", como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Adolescentes con depresión antes y después de la intervención

VARIABLES	Depresión – BDI														
	Antes de la intervención						Después de la intervención								
	Mínimo n %	Leve n %	Moderada n %	Severa n %	Mínimo n %	Leve n %	Moderada n %	Severa n %							
Edad (años)															
13	0 0,0	0 0,0	1 100,0	0 0,0	1 100,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
14	0 0,0	3 60,0	2 40,0	0 0,0	5 100,0	0 0,0	0 0,0	5 100,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
15	0 0,0	2 25,0	5 62,5	1 12,5	5 62,5	2 25,0	1 12,5	5 62,5	2 25,0	1 12,5	0 0,0	1 12,5	0 0,0	0 0,0	0 0,0
16	0 0,0	4 44,4	4 44,4	1 11,2	6 66,7	3 33,3	0 0,0	6 66,7	3 33,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
17	0 0,0	1 14,3	5 71,4	1 14,3	5 71,4	2 28,6	0 0,0	5 71,4	2 28,6	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Total	0 0,0	10 33,3	17 56,7	3 10,0	22 73,3	7 23,3	1 3,3	22 73,3	7 23,3	1 3,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Sexo															
Hembra	0 0,0	7 28,0	15 60,0	3 12,0	17 68,0	7 28,0	1 4,0	17 68,0	7 28,0	1 4,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Hombre	0 0,0	3 60,0	2 40,0	0 0,0	5 100,0	0 0,0	0 0,0	5 100,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Total	0 0,0	10 33,3	17 56,7	3 10,0	23 73,4	7 23,3	1 3,3	23 73,4	7 23,3	1 3,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Educación															
1 medio	0 0,0	4 36,4	6 54,5	1 9,1	17 68,0	7 28,0	1 4,0	17 68,0	7 28,0	1 4,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
2 medio	0 0,0	4 44,4	5 55,6	0 0,0	8 72,7	3 27,3	0 0,0	8 72,7	3 27,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
3 medio	0 0,0	0 0,0	3 60,0	2 40,0	8 88,9	0 0,0	1 11,1	8 88,9	0 0,0	1 11,1	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
8	0 0,0	0 0,0	1 100,0	0 0,0	1 20,0	4 80,0	0 0,0	1 20,0	4 80,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
9	0 0,0	2 50,0	2 50,0	0 0,0	1 100,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Total	0 0,0	10 33,3	17 56,7	3 10,0	22 73,3	7 23,3	1 3,3	22 73,3	7 23,3	1 3,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0

Con respecto a la desesperanza, también hubo un aumento en el número de adolescentes con niveles mínimos de desesperanza, 27 (90%). Antes de la intervención, los niveles de desesperanza eran mínimos 8 (26.7%), leves 10 (33.3%), moderados 10 (33.3%) y severos 2 (6.7%). Como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Adolescentes con desesperanza antes y después de la intervención

VARIABLES	Desesperanza - BHS														
	Antes de la intervención						Después de la intervención								
	Mínimo n %	Leve n %	Moderada n %	Severa N %	Mínimo n %	Leve n %	Moderada n %	Severa n %							
Edad (años)															
13	0 0,0	1 100,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
14	2 40,0	3 60,0	0 0,0	0 0,0	5 100,0	0 0,0	0 0,0	5 100,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
15	1 12,5	2 25,0	4 50,0	1 12,5	6 75,0	1 12,5	1 12,5	6 75,0	1 12,5	1 12,5	0 0,0	1 12,5	0 0,0	0 0,0	0 0,0
16	2 22,2	2 22,2	4 44,4	1 11,2	8 88,9	1 11,1	0 0,0	8 88,9	1 11,1	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
17	3 42,8	2 28,6	2 28,6	0 0,0	7 100,0	0 0,0	0 0,0	7 100,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Total	8 26,7	10 33,3	10 33,3	2 6,7	27 90,0	2 2,7	1 3,3	27 90,0	2 2,7	1 3,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Sexo															
Hembra	5 20,0	9 36,0	9 36,0	2 8,0	22 88,0	8 8,0	1 4,0	22 88,0	8 8,0	1 4,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Hombre	3 60,0	1 20,0	1 20,0	0 0,0	5 100,0	0 0,0	0 0,0	5 100,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Total	8 26,7	10 33,3	10 33,3	2 6,7	27 90,0	2 6,7	1 3,3	27 90,0	2 6,7	1 3,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Educación															
1 medio	4 36,4	2 18,2	5 45,5	0 0,0	10 90,9	1 9,1	0 0,0	10 90,9	1 9,1	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
2 medio	3 33,3	3 33,3	2 22,2	1 11,1	8 88,9	0 0,0	1 11,1	8 88,9	0 0,0	1 11,1	0 0,0	1 11,1	0 0,0	0 0,0	0 0,0
3 medio	0 0,0	1 20,0	3 60,0	1 20,0	4 80,0	1 20,0	0 0,0	4 80,0	1 20,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
8	0 0,0	1 100,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
9	1 25,0	3 75,0	0 0,0	0 0,0	4 100,0	0 0,0	0 0,0	4 100,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
Total	8 26,7	10 33,3	10 33,3	2 6,7	27 90,0	2 6,7	1 3,3	27 90,0	2 6,7	1 3,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0

Los niveles de intensidad de la depresión y la desesperanza de la mayoría de los 30 adolescentes que se sometieron a una intervención psicoeducativa estuvieron entre los grados "mínimo" y "leve". La identificación de la mera presencia de ideas suicidas no revela el grado de intencionalidad, por lo que es aconsejable administrar el BDI para investigar la presencia o ausencia de depresión y el BHS para investigar la

presencia o no de desesperanza, ya que los tres instrumentos se complementan entre sí.

Tabla 4. Adolescentes con ideación suicida antes y después de la intervención

VARIABLES	Ideación suicida - BSS							
	Antes de la intervención				Después de la intervención			
	Con la ideación		Sin ideación		Con la ideación		Sin ideación	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Edad (años)								
13	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0
14	5	16,7	0	0,0	1	20,0	4	80,0
15	8	26,7	0	0,0	4	50,0	4	50,0
16	9	30,0	0	0,0	3	33,3	6	66,7
17	7	23,3	0	0,0	4	57,1	3	42,9
Total	30	100,0	0	0,0	12	40,0	18	60,0
Sexo								
Hembra	25	83,3	0	0,0	10	40,0	15	60,0
Hombre	5	16,7	0	0,0	2	40,0	3	60,0
Total	30	100,0	0	0,0	12	40,0	18	60,0
Educación								
1 medio	11	36,7	0	0,0	4	36,4	7	63,6
2 medio	9	30,0	0	0,0	4	44,4	5	55,6
3 medio	5	16,7	0	0,0	1	20,0	4	80,0
8	1	3,3	0	0,0	1	100,0	0	0,0
9	4	13,3	0	0,0	4	100,0	0	0,0
Total	30	100,0	0	0,0	12	40,0	18	60,0

Cuando comparamos las medias de los índices de depresión, desesperanza e ideación suicida obtenidos en los dos momentos, encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). Antes de la intervención, el promedio de BDI fue de 23.83 y después de la intervención de 7.17 ($p < 0,0001$). En cuanto a la desesperanza, el promedio obtenido en el BHS antes de la intervención fue de 7.23 y después de la intervención de 2.17 ($p < 0,0001$); Con respecto a la ideación suicida, la media obtenida en el SSI antes de la intervención fue de 10.50 y después de la intervención de 2.57 ($p < 0,0001$), como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Medias, desviación estándar y alfa de cronbach antes y después de la intervención

INTERVENCIÓN	Depresión			Desesperanza			Ideación suicida		
	M	DP	A	M	DP	α	M	DP	α
Antes de la intervención	23,83	8,1752	0,76	7,23	4,4465	0,85	10,50	7,2623	0,81
Después de la intervención	7,17	5,3439	0,83	2,17	2,4081	0,75	2,57	4,0145	0,88
	$p < 0,001$			$p < 0,001$			$p < 0,001$		

Para verificar la confiabilidad o el grado de consistencia interna entre los indicadores de las escalas de Beck, se aplicó el alfa de cronbach. El coeficiente alfa de BDI Cronbach entre prueba y nueva prueba varía entre 0,76 y 0,83. Con respecto a BHS entre 0.85 y 0.75 y, con respecto a SSI entre 0.81 y 0.88.

DISCUSIÓN

Los estudios han demostrado que la depresión, la desesperanza y la ideación suicida son predictores importantes del riesgo de suicidio ⁽⁵⁻⁷⁾. Además, el estado de ánimo negativo se observó como un predictor de ideación suicida en otro estudio ⁽⁸⁾. El deseo de muerte de los adolescentes puede interpretarse como una alternativa para que estos jóvenes encuentren sentido en la vida. Sin embargo, el adolescente puede ocultar pensamientos suicidas por diferentes razones, como motivaciones religiosas y culturales, entre otras. Los adolescentes que participaron en el presente programa de intervención tenían ideación suicida, síntomas depresivos y desesperanza, sin ocultar sus pensamientos y emociones negativas, ni el deseo de acabar con la vida.

En este estudio, desarrollamos un conjunto de sesiones basadas en factores relevantes para la prevención del suicidio. Los autores ⁽⁵⁾ afirman que entre los principales factores de riesgo, la depresión tiene un papel fundamental en el desarrollo de pensamientos y comportamientos relacionados con la muerte. Lo que se vio en los adolescentes que participaron en el programa de intervención, que, además de la ideación suicida, también tenían síntomas depresivos.

Conocer los principales factores de riesgo asociados con el suicidio y las diferentes formas de manifestar los signos asociados con este, puede ser un paso importante en la planificación de programas de prevención. Los factores asociados con la ideación suicida en la adolescencia son multifacéticos e incluyen trastornos mentales, características personales y familiares, problemas de comportamiento del adolescente y sus amigos. Los autores informan que los factores que más se destacan son depresión, desesperanza, soledad, tristeza, preocupación, ansiedad, baja autoestima, agresión de padres y amigos, mala comunicación con los padres, ser abusado físicamente en la escuela, uso de sustancias, conocer a alguien que ha intentado suicidarse. A lo largo de las sesiones que implementamos, intentamos reflexionar sobre los factores de riesgo, aumentar su conciencia y permitir el intercambio de ideas / experiencias y el desarrollo de estrategias de regulación emocional y resolución de problemas ⁽⁶⁾.

La prevención del suicidio es un área que necesita una mayor inversión. En este sentido, es importante realizar más investigaciones sobre este tema, que subyace en el desarrollo de medidas preventivas, asociadas a la promoción de la salud de la población a través de acciones basadas en evidencia científica ^(9,10), considerando que la vulnerabilidad y La mortalidad por suicidio entre los adolescentes brasileños ha aumentado significativamente en los últimos años ^(11,12).

De los 102 adolescentes evaluados inicialmente, 30 (29.4%) tenían ideación suicida, un número alto para una población no clínica, asociada con depresión leve (33.3%), moderada (56.7%) o severa (10%) Con respecto a los 30 adolescentes que inicialmente tenían ideación suicida, el 83.3% eran mujeres y la edad promedio era de 15.5 años, una edad considerada preocupante por el riesgo de suicidio o por comportamiento suicida. Resultados similares fueron obtenidos por otro estudio ⁽⁹⁾ realizado con 243 adolescentes matriculados en escuelas privadas y públicas, de los cuales el 34.3% tenía ideación suicida o intento de suicidio. También informan que, asociados con la ideación suicida, se identificaron síntomas depresivos leves o moderados y síntomas moderados de ansiedad. Asociado con intento de suicidio, se identificaron síntomas depresivos severos y ansiedad. Corroborando nuestros

resultados, los autores ⁽⁶⁾ también mencionan que la depresión, la desesperanza, la soledad y la tristeza son algunos de los factores de riesgo más importantes para la ideación suicida, además de ser mujeres.

Los resultados de este estudio sugieren que después de la implementación del programa de intervención, los valores promedio de los síntomas depresivos, la desesperanza y la ideación suicida disminuyeron significativamente en los adolescentes. Los datos también señalan que después de la intervención, el 73.3% de los adolescentes tenían valores mínimos de síntomas depresivos, el 90% de los adolescentes tenían valores mínimos de desesperanza y el 60% no tenía ideación suicida. El 40% que mantuvo la ideación suicida mostró una disminución en la puntuación final. Estos resultados son alentadores y nos permiten creer que la implementación de programas grupales terapéuticos y psicoeducativos tiene el potencial de contribuir a la promoción de la salud mental de los adolescentes, reduciendo los síntomas depresivos, la desesperanza y la ideación suicida.

En la literatura, no encontramos programas similares al implementado para permitir comparaciones, sin embargo, la importancia de las intervenciones que permiten transformar parte del sufrimiento derivado de los trastornos en un nuevo aprendizaje personal o colectivo es evidente ⁽¹³⁾.

Además de una disminución en la ideación suicida, los adolescentes expresaron pensamientos positivos, expresaron sus sentimientos y, a lo largo de la intervención, tuvimos la oportunidad de verificar que adquirieron conocimiento y madurez emocional. Es esencial desarrollar factores de protección en relación con el suicidio en adolescentes, para construir estrategias de prevención efectivas ⁽⁵⁾, existen informes de experiencias exitosas con programas de prevención dirigidos a la población en general ⁽¹⁴⁾.

Por lo tanto, es necesario fortalecer las redes de apoyo de los adolescentes, involucrando principalmente a la familia, los grupos de pares y la escuela, en la promoción de relaciones más satisfactorias y un mayor bienestar, considerando las relaciones personales y familiares. La percepción de apoyo juega un papel importante en esta etapa del ciclo de vida. Las actividades desarrolladas durante las sesiones tenían como objetivo minimizar los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección, además de crear un espacio para compartir y apoyar a los compañeros.

Los resultados de esta intervención, en el contexto escolar, están en línea con los propugnados por la Asociación Brasileña de Psiquiatría ⁽¹⁵⁾, que argumenta que la prevención del suicidio no se limita a la red de salud, sino que debe ir más allá y requiere la existencia de medidas en diversos sectores de la sociedad, que pueden colaborar para reducir las tasas de suicidio. La articulación de varias instituciones / organizaciones en la prevención del suicidio sería un incentivo importante para el desarrollo de iniciativas de promoción de la salud en la comunidad, como la realización de grupos de autoayuda en iglesias, programas de educación sanitaria en escuelas, asociaciones y ONGs.

Limitaciones

La limitación de este estudio es inherente a la ruta metodológica tomada, que utilizó un cuasi-experimento, por lo tanto, durante toda la intervención, no fue posible

controlar variables externas con potencial de interferencia en la reducción de los síntomas de depresión e ideación suicida de los participantes de la investigación.

CONCLUSION

Se concluye que el resultado de la intervención en el espacio escolar fue positivo, ya que hubo una disminución significativa en los síntomas depresivos, la desesperanza y la ideación suicida después de la implementación del elaborado programa de intervención.

REFERENCIAS

1. Viera C. Depressão-Doença: o grande mal do século XXI: teorias, conceitos, sintomas, sinais, métodos de tratamento. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.
2. Botega NJ. Crise Suicida: avaliação e manejo/ Porto Alegre: Artmed, 2015.
3. Sampaio D, Telles-Correia D. Suicídio nos Mais Velhos: Fundamental Não Esquecer! Acta Médica Portuguesa. 2013; 26(1), 1-2.
4. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.
5. Braga LL, Dell'Aglio DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. Contextos Clínicos. 2013; 6(1):2-14. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v6n1/v6n1a02.pdf>
6. Moreira LCO, Basto PRHO. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. Psicologia Escolar e Educacional. 2015; 19(3), 445-453. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v19n3/2175-3539-pee-19-03-00445.pdf>
7. Santos WSD, Ulisses SM, Costa TMD, Farias MG, Moura DPDFD. A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. Psicologia, Saúde & Doenças, 2016; 17(3): 515-526. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v17n3/v17n3a16.pdf>
8. Macías EFS, Mendoza IXF, Camargo YS. Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. Pensamiento psicológico 2017; 15(1):51-61. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612017000100004&script=sci_abstract&tlng=pt
9. Schlösser A, Rosa GFC, More CLO. Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital; Temas em Psicologia 2014; 22(133): 1-145. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n1/v22n1a11.pdf>
10. Silva L. Suicide among children and adolescents: a warning to accomplish a global imperative. Acta Paulista de Enfermagem 2019; 32(3): 3-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000300001
11. Cicogna JIR, Hillesheim D, Hallal ALDLC. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 2019; 68(1):1-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v68n1/1982-0208-jbpsiq-68-01-0001.pdf>
12. Ribeiro JM, Moreira MR. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. Ciência Saúde Coletiva 2018; 23:2821-2834. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n9/1413-8123-csc-23-09-2821.pdf>
13. Silva ABB. Mentas Depressivas: as três dimensões da doença do século. São Paulo: Pricipium. 2016.
14. Conte M, Meneghel SN, Trindade AG, Ceccon RF, Hesler LZ, Cruz CW, et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do

Brasil. Ciência Saúde Coletiva 2012; 17(8):2017-2026. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Roger_Ceccon/publication/230685697_Suicide_Prevention_Program_case_study_in_a_municipality_in_the_south_of_Brazil/links/55b6744408aed621de042ac4.pdf

15. Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia