



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN Y
HUMANIDADES**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**Riesgo e ideación suicida y su relación con la impulsividad
y depresión en estudiantes ecuatorianos**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

**MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

Autora: Gualotuña Campoverde, Geraldine Paola, Lic.

Directora: Vaca Gallegos, Silvia Libertad, PhD.

LOJA

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2022

Aprobación del director del Trabajo de Titulación

Loja, 20 de septiembre de 2022

Magister,

María Aranzazu Cisnero Vidal

Director de la maestría en Psicología Clínica, mención en Psicología de la Salud.

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Titulación denominado: (nombre del trabajo) realizado por Nombres y Apellidos completos del autor o autores (as) ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Silvia Libertad Vaca Gallegos, PhD.

Directora de Tesis

C.I.: 0602906869

Correo electrónico: slvaca@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Geraldine Paola Gualotuña Campoverde, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Titulación denominado: Riesgo e ideación suicida y su relación con la impulsividad y depresión en estudiantes ecuatorianos, de la maestría de Psicología Clínica con mención en Psicología de la salud, específicamente de los contenidos comprendidos en: marco teórico, metodología, análisis de datos y discusión, siendo Silvia Libertad Vaca Gallegos, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Autora: Geraldine Paola Gualotuña Campoverde

C.I.: 1718530106

Correo electrónico: gpgualotuna@utpl.edu.ec

Dedicatoria

A todas y todos quienes hicieron parte de este proceso, su presencia y apoyo es fundamental e importante en mi vida.

Agradecimiento

Agradezco a mis padres, mis hermanos y mi familia por el apoyo constante en la culminación y realización de una de las metas más importantes, por sus palabras de aliento, apoyo y preocupación constante por mi bienestar, mi crecimiento personal y profesional.

Expresarle mi gratitud a mi directora de tesis, PhD. Silvia Vaca, quien, durante el desarrollo del presente trabajo, me supo dirigir acertadamente, brindándome su conocimiento y experiencia como investigadora, docente de la UTPL y Psicóloga. Por la confianza en este tiempo de trabajo, por su compromiso como educadora compartió conmigo preciados conocimientos y valores que sumaron a mi vida. A los docentes Mgtr. Marco Jiménez y Mgtr. Fabián Sanchez, quienes formaron parte de este proceso de aprendizaje, por sus conocimientos y sugerencias durante el transcurso del presente trabajo de titulación y a lo largo de mi formación académica y profesional.

Agradecerles también a mis amigas Katty, Cristina, Paula, Helen y Viviana quienes son una parte fundamental de mi crecimiento y desenvolvimiento a lo largo de este tiempo, por apoyarme siempre, incondicionalmente, con sus distintas muestras de cariño. También, y de forma muy especial gracias a ti, por creer y confiar en mí, por alentarme y apoyarme siempre, incluso cuando sentía que no era capaz, que no podía más y quería rendirme. Por demostrarme que puedo contar contigo siempre, indistintamente de las circunstancias. Gracias a ustedes por ser parte fundamental de mi vida y estar presentes en la realización de esta meta.

Índice de contenidos

Carátula.....	I
Aprobación del director del Trabajo de Titulación	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenidos	VII
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	6
Marco Teórico	6
1.1. Suicidio.....	6
1.1.1. <i>Definiciones y criterios diagnósticos del suicidio</i>	6
1.1.2. <i>Prevalencia internacional, regional y nacional</i>	8
1.1.3. <i>Factores asociados a la conducta suicida</i>	11
1.1.4. <i>El suicidio relacionado con la impulsividad y la depresión</i>	14
1.2. Depresión	17
1.2.1. <i>Definiciones y criterios diagnósticos de la depresión</i>	17
1.2.2. <i>Prevalencia internacional, regional y nacional</i>	21
1.2.3. <i>Factores de riesgo y protección para la depresión</i>	24
1.2.4. <i>Evidencia científica de estudios sobre la evaluación psicológica de la depresión y variables asociadas</i>	28
1.3. Impulsividad.....	32
1.3.1. <i>Definición y aspectos neurobiológicos de la impulsividad.</i>	32
1.3.2. <i>La impulsividad en el DSM V como trastorno y sintomatología</i>	35
Capítulo dos	39
Metodología.....	39
2.1. Objetivos	39
2.1.1. <i>Objetivo general</i>	39
2.1.2. <i>Objetivo específico</i>	39
2.2. Diseño de investigación	39
2.3. Población y muestra de estudio	39
2.4. Criterios de inclusión.....	40
2.5. Instrumentos de recogida de información	40
2.5.1. <i>Cuestionario sociodemográfico (AdHoc)</i>	40
2.5.2. <i>Escala de impulsividad BISS 11</i>	41

2.5.3. Escala de depresión (PHQ-9)	43
2.6. Procedimiento.....	43
2.7. Análisis de datos	44
2.7.1. Aspectos sociodemográficos de la población.	45
Capítulo tres	49
Análisis de Datos	49
3.1. Prevalencias de Ideación e intento suicida	51
3.2. Niveles de depresión e impulsividad.....	53
3.2.1. Niveles de depresión	53
3.2.2. Niveles de impulsividad.....	55
3.3. Análisis de normalidad de las variables	55
3.4. Correlación entre impulsividad y comportamiento suicida	56
3.5. Correlación entre depresión y comportamiento suicida	56
Capitulo cuatro.....	58
Discusión:.....	58
Conclusiones	63
Recomendaciones	65
Referencias.....	67
Apéndice:.....	87
Apéndice A. Matriz de revisión bibliográfica en base de datos SCOPUS	87
Apéndice B. Cuestionario sociodemográfico Adhoc	94
Apéndice C. Escala de impulsividad BISS-11	96
Apéndice D. Escala de depresión PHQ-9	98

Índice de Tablas

Tabla 1	Breve historia de la conceptualización de suicidio	6
Tabla 2	Criterios diagnósticos de los trastornos depresivos según DSM-V y CIE-11	18
Tabla 3	Factores de riesgo en estudiantes universitarios	25
Tabla 4	Aspectos neurobiológicos de la impulsividad.	34
Tabla 5	Categorización trastornos del control de los impulsos según el DSM-V	35
Tabla 6	Impulsividad como sintomatología	38
Tabla 7	Análisis de fiabilidad impulsividad	42
Tabla 8	Indicadores sociodemográficos	46
Tabla 9	Indicadores sociodemográficos	47
Tabla 10	Indicadores de salud	47
Tabla 11	Comportamiento suicida	51
Tabla 12	Comportamiento suicida por sexo	52
Tabla 13	Niveles de depresión.....	53
Tabla 14	Niveles de depresión por sexo.....	54
Tabla 15	Niveles de impulsividad.....	55
Tabla 16	Niveles de impulsividad por sexo.....	55
Tabla 17	Prueba Kolmogorov-Smirnov.....	56
Tabla 18	Correlación entre impulsividad y riesgo suicida.....	56
Tabla 19	Correlación entre depresión y riesgo suicida	56

Índice de Figuras

Figura 1	Historia de la depresión	17
Figura 2	Revisión bibliográfica del constructo suicidio y depresión	31
Figura 3	Publicaciones por año sobre suicidio e impulsividad	31
Figura 4	Revisión bibliográfica del constructo suicidio e impulsividad	32
Figura 5	Distribución de datos de la variable depresión	49
Figura 6	Distribución de datos de la variable Impulsividad	50
Figura 7	Ideación, intento y comportamiento suicida	51
Figura 8	Comportamiento suicida por sexo	52
Figura 9	Niveles de depresión por diagnóstico	54

Resumen

El propósito de la presente investigación fue medir la prevalencia de riesgo e ideación suicida y su asociación con la depresión e impulsividad en estudiantes universitarios ecuatorianos. La muestra de estudio estuvo conformada por 325 estudiantes universitarios. El diseño de investigación es de tipo no experimental de enfoque transversal, descriptivo y correlacional. Los instrumentos utilizados fueron: el cuestionario sociodemográfico (Adhoc), la escala de impulsividad de Barrat (BIS-11) y Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Los resultados mostraron que el 25% de los estudiantes refirieron ideación suicida, en cuanto a la depresión el 44% tiene depresión mínima o leve y en cuanto a la impulsividad el 58% tiene niveles medios. En relación a las correlaciones se obtuvo correlación positiva débil y significativa entre impulsividad y riesgo suicida ($\rho=0.39$; $p<0,001$) y correlación positiva moderada ($\rho=0.61$; $p<0,001$) entre depresión y riesgo suicida. Finalmente, la presente investigación concluye que existe asociación entre las variables de estudio, no obstante, la relación es más fuerte entre comportamiento suicida y depresión. Por lo tanto, es importante considerar estos aspectos a fin de intervenir adecuadamente, prevenir el suicidio y salvaguardar la salud mental en esta población.

Palabras claves: Riesgo suicida, ideación suicida, depresión, impulsividad, estudiantes universitarios, Ecuador.

Abstract

The purpose of this study was to measure the prevalence of suicidal risk and suicidal ideation and its association with depression and impulsivity in Ecuadorian university students. The study sample consisted of 325 university students. The research design was non-experimental with a cross-sectional, descriptive and correlational approach. The instruments used were: the sociodemographic questionnaire (Adhoc), the Barrat impulsivity scale (BIS-11) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). The results showed that 25% of the students reported suicidal ideation, 44% had minimal or mild depression and 58% had medium levels of impulsivity. Regarding correlations, a weak and significant positive correlation was obtained between impulsivity and suicidal risk ($\rho=0.39$; $p<0.001$) and a moderate positive correlation ($\rho=0.61$; $p<0.001$) between depression and suicidal risk. Finally, the present research concludes that there is an association between the study variables, however, the relationship is stronger between suicidal behavior and depression. It is important to consider these aspects in order to intervene adequately, prevent suicide and safeguard mental health in this population.

Key words: Suicidal risk, suicidal ideation, depression, impulsivity, university students, Ecuador.

Introducción

Actualmente, la pandemia de COVID-19 se encuentra altamente relacionada con el incremento de problemas de salud mental, tales como: depresión, ansiedad, aislamiento, soledad y consumo de sustancias (Luo et al., 2020). Dentro del contexto universitario, la incertidumbre y preocupación se asociaron significativamente con los altos niveles de depresión y ansiedad en los estudiantes (Oh et al., 2021).

Si bien, antes de este suceso cerca de 1.1 millones de la población presentaba algún tipo de trastorno mental, en estos últimos años y a raíz de los diferentes problemas (económicos, conductuales y psicosociales) relacionados con la pandemia, contribuyeron a un aumento de cuadros depresivos y conductas suicidas (McIntyre y Lee, 2020). Asimismo, varios autores sugieren que a raíz del confinamiento por la pandemia del COVID-19 las prevalencias sobre algunos trastornos mentales incrementaron y las personas con problemas de salud mental preexistentes fueron más vulnerables ante el impacto negativo de la pandemia (Taylor y Amundson, 2020).

Es importante enfatizar que a nivel mundial cerca de 280 millones de personas padecen depresión (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021), de los cuales cerca de 200 millones corresponden a América latina y el Caribe, además mantiene una prevalencia de 3.77% (Dattani et al, 2021).

La Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2018) en su informe sobre la carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, sitúa a la depresión como la primera causa de discapacidad con 7,8% de la discapacidad total con un intervalo entre 5,9% en Canadá y 9,4% en Paraguay. A su vez existe un mayor nivel de discapacidad en América del Sur, siendo Paraguay (9,4%), Brasil (9.3%), Perú (8.6%), Ecuador (8.3%) y Colombia (8.2%) los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad que incluso superan el nivel global.

Otra variable de estudio en la presente investigación es el suicidio, según reportes estadísticos sobre la prevalencia del suicidio, se estima que, a nivel mundial cerca de 700 mil personas se suicidan al año (OMS, 2021). Respecto a las Américas, la OPS (2020) informa que durante los años 2010 y 2014 se reportó cerca de 81.746 muertes por suicidio.

El suicidio comparte un vínculo con distintos trastornos mentales, en especial la depresión, los trastornos por consumo de alcohol, así como con los rasgos de personalidad del individuo, se evidencia que muchos de los suicidios ocurren impulsivamente en situaciones de crisis (OMS, 2021). De ahí la importancia de abordar esta investigación considerando la variable impulsividad, Moustafa (2017) menciona que su presencia aumenta el desarrollo de trastornos mentales y también se encuentra asociada a la agresión, autolesión, intentos suicidas y conductas de riesgo. De hecho, la impulsividad precipita pensamientos suicidas, reduce la moderación interna e incita a optar por un método rápido y fácil para escapar de situaciones estresantes.

Por lo antes indicado, se considera importante realizar investigaciones que identifiquen las relaciones entre las variables antes expuestas con el fin de generar evidencia empírica en el contexto ecuatoriano en población joven, para que el personal de salud e investigadores consideren diferentes aspectos asociados al suicidio y que pueden aparecer en esta etapa de la vida. De esta manera los planes de atención e intervención primaria, secundaria y terciaria para el suicidio y la depresión podrán ser más eficientes y oportunos. Por ello la presente investigación se ha planteado como objetivo general identificar la prevalencia de riesgo e ideación suicida y su asociación con la depresión, e impulsividad en estudiantes universitarios ecuatorianos.

El presente trabajo de investigación se encuentra dividido en 4 capítulos, el primero engloba el marco teórico e incluye conceptualización, prevalencias y relación entre las variables. En el segundo capítulo se presenta la metodología y se abordan los objetivos, diseño de investigación, población y muestra de estudio, criterios de inclusión, instrumentos de evaluación, procedimiento y análisis de datos. En el tercer capítulo se presentan los

análisis de datos y consta de: prevalencias de ideación e intento suicida, niveles de depresión e impulsividad, relación entre las variables. El cuarto capítulo incluye la discusión; finalizando con los apartados de conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

Capítulo uno

Marco Teórico

1.1 Suicidio

1.1.1 Definiciones y criterios diagnósticos del suicidio

El concepto y la imagen del suicidio ha ido cambiando a lo largo de la historia, siendo un constructo social modificable que responde a las influencias sociales y culturales de cada tiempo histórico (Guerrero, 2019). Considerado como un pecado en algunas religiones, en diversas culturas, como una forma honorable de escapar de situaciones humillantes o sin solución aparente, como un delito en algunos países y para algunas personas aún es un tema tabú, a pesar de las elevadas estadísticas de este fenómeno (Velazco y Castrillón, 2015). Por ello en la Tabla 1 se presenta a breves rasgos la historia del suicidio y como fue evolucionando a lo largo del tiempo.

Tabla 1

Breve historia de la conceptualización de suicidio

Etapa	Hecho histórico
Prehistoria	<ul style="list-style-type: none"> – El suicidio era considerado como una forma de tránsito a otra dimensión inmortal.
En la antigüedad	<ul style="list-style-type: none"> – Fue estigmatizada, denostada y penada, como un delito contra el estado dado que privaba a la comunidad de uno de sus miembros y con ellos la contribución al progreso de esta. – Considerado como un acto impío hacia los dioses dado que solo ellos podían disponer de la vida de los hombres. – Las distintas escuelas filosóficas se posicionaron ante el suicidio considerando la nula aceptación de este hasta su legitimación.
Primeras comunidades cristianas	<ul style="list-style-type: none"> – No estuvo estigmatizado sin embargo, tiempo después se condenó al suicidio como el homicidio de sí mismo y como una violación del V mandamiento (No matarás). – Fue condenado formalmente en la iglesia y como castigo estaba la excomunión hasta la negación del rito de funeral o sepultura.

	– Se comienza a considerar que el suicidio no puede ser evaluado moralmente a partir de dictados divinos, sino que debe ser resultado de una elección personal, desplazando los postulados religiosos.
Edad Moderna	– La filosofía fue el relevo del debate moral sobre la legitimidad o no del suicidio. – Burton Robert propone el suicidio como resultado de una alteración, afirmando que “no hay posesión demoniaca sino un temperamento melancólico provocado por un exceso de bilis negra”.
Siglo XVIII	– Se empieza a patologizar al suicidio, quedando ligado a toda enfermedad mental y a toda clase de locura. – Se postula la asociación del suicidio a toda clase de estados patológicos pese a que el suicidio no era una enfermedad mental como tal.
Siglo XIX	– Se valoran las motivaciones psicológicas por encima de la ética, y se considera como un acto de máxima libertad o como expresión de estados de desesperanza
Finales del siglo XIX	– Destaca Émile Durkheim que considera al suicidio no como un fenómeno individual sino social, dado que las causas sociales y no las individuales originaban el acto suicida.

Nota: Adaptado de Guerrero (2019).

En consecuencia, se presentan algunas conceptualizaciones del suicidio, iniciando con Durkheim quien señala que “se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado” (1971, p.13).

El suicidio, definido como el acto en el que un individuo se provoca la muerte deliberadamente, y que depende de diversos factores que incluyen los socioeconómicos, geográficos, culturales y sociales, haciendo difícil su explicación (Araneda et al., 2021). Es un fenómeno humano de tipo universal y multicausal que responde a factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, ambientales y culturales. Razón por la cual su estudio debe ser multidimensional y relacional (Gómez, 2018).

Conceptualizado también como la decisión deliberada o intencional de acabar con la vida de uno mismo, sin embargo, lo que busca un individuo realmente es terminar con el sufrimiento personal que le aqueja, es por ello, que, al acabar con su vida, da fin al sufrimiento interminable del cual no encuentra una salida (Robles et al., 2013).

El suicidio también se incluye dentro del manual de criterios diagnósticos Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V de la Asociación Americana de Psicología [APA] (2014) está tipificado como trastorno de comportamiento suicida y los criterios de diagnóstico propuestos son:

- a) Haber realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses,
- b) El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida,
- c) El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios,
- d) El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión,
- e) El acto no llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso. (pág. 801)

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014) define que el *comportamiento suicida* incluye pensar en el suicidio o planificar y cometer el acto suicida, refiriéndose por este último como el acto deliberado de matarse, mientras que al *intento suicida* se entiende como todo comportamiento suicida que no causa la muerte, haciendo referencia a la intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal.

El suicidio es un fenómeno multicausal que responde a diversos factores, a lo largo del tiempo ha ido cambiando el concepto y la imagen del mismo, sin embargo, lo que la mayoría de los autores concluyen es que la meta última del individuo al suicidarse es acabar con su vida, más específicamente lo que realmente desea es terminar con el sufrimiento personal que le aqueja.

1.1.2 Prevalencia internacional, regional y nacional

Según reportes estadísticos sobre la prevalencia del suicidio, se estima que a nivel mundial cerca de 700 mil personas se suicidan al año, es la cuarta causa de muerte entre la población joven de 15 a 19 años, debido a ello el 75% de los suicidios se producen en los países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2021). Además, según el Atlas mundial de la salud la tasa regional de suicidio estandarizada por edad entre 2005-2009 se estimó en 7,3%

por 100 mil habitantes de 33 países, siendo mayor el promedio en Canadá y Estados Unidos (11,5%), América del Sur (8,35%) y en los países de ingresos altos (9,75%) (OPS, 2018).

Respecto a las Américas, la OPS (2020) informa que durante los años 2010 y 2014 se presentaron 81.746 muertes por suicidio, predominando en hombres con alrededor del 79% de suicidios cometidos, se destaca que la tasa de suicidio por edad de los hombres triplica a la de las mujeres. Así también, la OMS (2020) reporta que las tasas han incrementado en un 17% en comparación a la región del Mediterráneo Oriental, la región europea y Pacífico Occidental que sus tasas disminuyeron.

En virtud de ello, el Informe Regional de Salud Mental reporta que existe un patrón notable subregional que afecta a Surinam (3,6%) y Guyana (3,5%) y en menor grado a América del Sur: Uruguay (2,6%), Chile (2,5%) y Argentina (2%). Dejando en evidencia el incremento de las tasas de suicidio dado que algunas cifras superan el porcentaje global (1,6%) y el porcentaje promedio por países (1,5%). Es importante mencionar que Ecuador se encuentra sobre la media establecida con (1,5%) haciendo notoria la problemática actual. Destacando que este hecho recae en las poblaciones más jóvenes dado que el 60% de los suicidios corresponden a personas de 15 a 50 años de edad (OPS, 2018).

Por otro lado, en los países con los que limita Ecuador, en el grupo etario de 10 a 19 años y de 15 a 24 años se reportaron porcentajes de 4,7% y 9,4 en Colombia y en Perú fue de 1,9 y 1,9, en comparación a las tasas de Ecuador que fue de 7,5 y 13,6 por 100 mil habitantes. Además, en el 2014 se estableció que el suicidio en nuestro contexto representa entre el 15 y 20% de las muertes por causas externas en este grupo de edad, del mismo modo en Colombia y Perú representan entre el 7 y 11% y 6 y 7% respectivamente (Gerstner et al. 2018).

En este sentido, en el año 2017 las tasas de suicidio por 100 mil habitantes fueron de 5,53 y 3,14 para Colombia y Perú respectivamente (Lee et al., 2019). En el contexto ecuatoriano se conoce que durante el 2019 el suicidio se ubicó como la tercera causa de

muerte con el 10.5% en el grupo etario de 18 a 29 años (Instituto de Estadísticas y Censos [INEC], 2020); para el año 2020 se ubicó como la segunda causa de muerte en la población de 10 a 19 años con el 13% y la tercera causa en el grupo etario de 20 a 30 años con 7,3% (INEC, 2020).

Según el reporte emitido por el Sistema Integrado de Seguridad [ECU-911] (2021) menciona que desde marzo hasta noviembre del 2020 se registraron cerca de 220 suicidios y 429 intentos lo que representa un incremento del 37% de suicidios y un 15% de ideación suicida en relación con el año pasado.

Las estadísticas sobre el suicidio en la actualidad son elevadas, y más aún en el contexto actual que los países han tenido que asumir por el COVID 19 y sus variantes, diversos autores también centran sus estudios en los estudiantes universitarios debido a la etapa de transición en la que se encuentran, así como los factores estresantes por los cuales atraviesan en su época académica y más aún con la pandemia.

Dubé et al. (2021) en su metaanálisis refieren que en medio de este suceso las tasas de ideación suicida fueron de 11,84%, el 2,68% de la población mundial presenta intentos suicidad y el 6,11% tiene eventos de autolesiones. Razón por la cual se podría decir que a nivel general cerca del 11% de las personas tiene ideación suicida, lo que significa que 2 de cada 20 personas de la población general lo han experimentado; datos que pueden ser comparados con Lui et al (2020) quienes mencionan una tasa de 5,81% es decir 1 de cada 20 individuos experimentó ideación suicida en algún momento.

Por ello, se considera que cerca del 6,3% y el 13,8% de los estudiantes estadounidenses y de Bangladesh respectivamente son prevalentes en la ideación suicida (Eisenberg et al., 2013; Islam et al., 2020), Tasnim et al. (2020) por su parte señalan que el 12,8% de los estudiantes universitarios de Bangladesh presentaron ideas suicidas durante la pandemia y el 18% refirió haber tenido pensamientos suicidas durante épocas pre-pandémicas, también destaca que la ideación suicida fue más alta en mujeres que hombres,

dado que las mujeres son quienes presentan mayores tasas en cuanto a la ideación suicida y los hombres son quienes consuman más el suicidio.

Por lo antes mencionado es importante que se adopten medidas necesarias para actuar e intervenir en esta población, más aún en el contexto que el mundo atraviesa actualmente por la presencia del COVID-19, en donde diversos estudios hacen hincapié en la necesidad de implementar intervenciones en salud pública basada en la evidencia, diseñados para la prevención y limitando el acceso a medios letales y a sustancias que vinculan el suicidio. Del mismo modo, otras medidas a adoptar radican en la psicoeducación sobre el impacto de los comportamientos individuales en la salud mental, mayor acceso a apoyos psicológicos y normalización del comportamiento de búsqueda de ayuda (Dubé et al., 2021).

Las estadísticas actuales sobre el suicidio han ido incrementando a lo largo del tiempo, es un fenómeno evidente en diversas poblaciones y con mayor incidencia en algunos países, sin embargo en Ecuador sus cifras son elevadas dado que en algunas ocasiones este fue la primera causa de muerte en los jóvenes, debido a diversas situaciones por las cuales atraviesan estos individuos, siendo una de ellas la etapa académica, razón por la cual es importante centrar estudios e investigaciones en esta población de riesgo.

1.1.3 Factores asociados a la conducta suicida

Con respecto a los factores asociados al suicidio la OMS (2021) menciona que la relación entre el suicidio y los trastornos mentales es fuerte; en virtud de ello muchos casos se han dado en personas que lo cometen impulsivamente en situaciones de crisis en donde su capacidad de afrontamiento esta disminuida en cuanto a las tensiones de la vida, como problemas económicos, rupturas de relaciones o los dolores asociados y las enfermedades crónicas. También señala que vivir conflictos, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdidas de seres queridos y sensación de aislamiento puede generar conductas suicidas.

De forma tal que, Perez-Olmos et al. (2012) refieren que los factores asociados con el comportamiento son diversos y se interrelacionan entre sí los cuales se categorizan en tres: individuales, familiares y socioambientales y estresores.

- Factores individuales: presencia de trastorno mental, intento previo de suicidio, sexo (los hombres tienen mayor frecuencia en el suicidio consumado y las mujeres mayor prevalencia en la ideación suicida); emociones displacenteras y sentimientos negativos como ansiedad, irritabilidad, baja autoestima, soledad e impulsividad escasas habilidades para resolución de problemas y homosexualidad.
- Factores familiares: antecedentes familiares de intentos suicida o suicidio, historia de enfermedad mental en los padres, afecciones en la relación padre e hijos, comunicación conflictiva y disfunción familiar.
- Socioambientales y estresores: bajo estrato económico, problemas académicos, ser víctima de un suceso vital estresante (violencia o abuso sexual), sufrir pérdidas amorosas o duelo por familiares y fácil acceso a los métodos suicida (armas de fuego o pesticidas).

Autores como Gunnell et al. (2020) mencionan algunos factores de riesgo para los estudiantes universitarios, así también consideran que algunos pueden ser causados por la pandemia COVID-19.

- La edad adulta temprana (18 a 30 años) es una época vulnerable para la ideación suicida.
- Pérdida de empleo y factores económicos estresantes
- El acceso a los medios en el entorno actual dado que ciertos medios letales están disponibles con facilidad y son almacenados en los hogares (armas de fuego, pesticidas y analgésicos).

- El consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas) se asocian con la ideación suicida, teniendo un riesgo de muerte de 10 a 14 veces en personas que consumen sustancias o que padecen un trastorno.
- La situación de la pandemia puede interferir negativamente con otros factores desencadenantes del suicidio como la violencia doméstica y el consumo de alcohol durante época de confinamiento.
- El aislamiento social y la soledad contribuyen al riesgo suicida y es probable que aumente durante la pandemia, en especial para las personas en duelo.

Islam et al. (2020) señalan que algunos de los factores en riesgo asociados al riesgo e ideación suicida en los estudiantes es la sintomatología depresiva y ansiosa, además que la presencia de estos en niveles elevados en los estudiantes al comienzo del COVID ha sido un factor importante a considerar. De hecho, Dubé et al. (2021) afirman que la ideación, los intentos suicidas y las autolesiones se han incrementado durante la pandemia de COVID-19; siendo más vulnerable a la ideación suicida las personas jóvenes, las mujeres y los individuos de países democráticos.

Rahman et al. (2020) también destacan que ser mujer, tener un nivel socioeconómico bajo, haber experimentado eventos traumáticos, tener antecedentes familiares de suicidio y depresión puede conducir a ideas suicidas. Por otro lado, Gunnell et al. (2020) hacen alusión que durante el confinamiento diversos expertos destacan que los problemas de salud mental y de comportamiento, los factores de estrés económico y los trastornos psicosociales relacionados con la pandemia han provocado un aumento en la conducta suicida.

Diamond et al. (2021) refieren que el contexto familiar puede ser un factor de protección en cuando al suicidio juvenil, dado que un entorno positivo puede amortiguar los factores estresantes que contribuyen a la ideación y el comportamiento suicida en los jóvenes, también resalta que el apoyo familiar y la calidez familiar, entendida como las percepciones de los adolescentes sobre que su familia es valiosa y en la que se puede confiar, se asoció con menor probabilidad de haber intentado suicidarse.

En conclusión, son diversos los factores que se asocian al suicidio y que se relacionan entre sí, aunque algunos autores los clasifican en categorías, siempre se abordan los aspectos individuales, familiares y socioambientales. Entre ellos destacan la presencia de trastornos mentales, carga genética, el sexo, sucesos negativos estresantes, situación académica, apoyo social y actualmente la situación del COVID-19 que desencadenó diversos factores en los individuos.

1.1.4 El suicidio relacionado con la impulsividad y la depresión

Castrillon et al. (2016); Gonzalez et al. (2016) señalan que la depresión tiene un papel explicativo del riesgo suicida, al relacionarse con otros factores psicológicos en especial la impulsividad pueden conducir a autolesiones infligidas o inclusive al suicidio, por ello tanto la depresión como la impulsividad se relacionan con el riesgo e ideación suicida.

Asimismo, la OMS (2021) indica que la depresión y la impulsividad es un factor psicológico que incrementa el riesgo de suicidio, de hecho, la depresión es uno de los factores que con frecuencia se asocian al riesgo de suicidio dado que la mayoría de los suicidios ocurren debido a conductas impulsivas en situaciones de crisis en donde su capacidad para afrontar las tensiones de la vida está disminuida.

En este sentido, López et al. (2021) refieren que la impulsividad y el historial de presencia de trastornos mentales se relacionan con un incremento del riesgo suicida, también el tener antecedentes de trastornos mentales es un predictor de mayor del mismo, sin embargo, únicamente los trastornos afectivos son predictores significativos de suicidio en los jóvenes.

En virtud de ello, la depresión ha mostrado un mayor factor predictor en el suicidio debido a que las personas atraviesan un procesamiento cognitivo distorsionado en el que consideran el ambiente como invalidante, tienen una percepción negativa de sí mismo y el futuro le resulta desesperanzador, con lo que la muerte autoinfligida constituye una opción deseable para culminar con el sufrimiento psicológico. Razón por la cual se ha considerado

como un importante predictor en la ideación suicida en especial en los estudiantes universitarios (Gomez-Tabres et al., 2019).

Con respecto a la impulsividad, está se asocia con problemas como el control inhibitorio y la regulación emocional que en la juventud se caracteriza por expresión de conductas irreflexivas, hostilidad y agresividad y en ocasiones las personas no consideran las consecuencias de sus actos lo que puede desencadenar conductas de alto riesgo para ellos como para los demás (Auerbach et al., 2017).

Arango-Tobón et al. (2021) señalan que la impulsividad se ha asociado más con la conducta suicida y la muerte, de hecho, es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio en especial en personas con sintomatología depresiva y desesperanza, también afirman que:

Si bien la impulsividad en la ideación y el comportamiento suicida se ha estudiado suficientemente, todavía hoy existe un debate sobre si el individuo que se suicida lo hace con poca planificación o, por otro lado, este comportamiento se explica mejor mediante una serie de situaciones dolorosas y angustiantes, que en última instancia habilitan su capacidad para cometer el acto suicida. (p. 2)

Así entonces la impulsividad podría desempeñar un papel importante en la transición de la ideación al intento suicida y podría actuar con el estado depresivo y la desesperanza; en efecto se demostró que la impulsividad es una posible característica del estado depresivo y un indicador importante del riesgo de suicida entre diferentes grupos de individuos (Hegedüs et al., 2021).

Por otro lado, Mccullumsmith et al. (2014) proponen que la depresión mediada por la desesperanza conduce a la ideación suicida y que esto, a su vez, aumenta la probabilidad de intentos de suicidio asociados con la impulsividad y la pérdida de habilidades de afrontamiento.

Algunas investigaciones y sus resultados más relevantes en cuanto a la asociación del suicidio, depresión e impulsividad señalan que las puntuaciones más altas en desesperanza, impulsividad y depresión incrementaron el riesgo de ideación y comportamiento suicida, además que la sintomatología depresiva, seguida de la desesperanza y la impulsividad mantienen una fuerte correlación positiva y explicaron una varianza alta de 67% del riesgo de ideación y comportamiento suicida (Arango-Tobón et al., 2021).

En un metaanálisis realizado por Moseli et al. (2021) refieren diversos hallazgos con respecto a la relación entre suicidio, depresión e impulsividad.

- La agresión y la impulsividad se correlacionaron positivamente con la conducta suicida solo en los adolescentes con trastorno límite de personalidad, en tanto que la desesperanza y la depresión se correlacionaron positivamente con las conductas suicidas.
- Los rasgos de personalidad que podrían considerarse precursores de los trastornos de personalidad antisocial como la agresividad, ira, comportamiento destructivo, impulsividad y trastornos de conducta están asociados con el comportamiento suicida.
- La misma asociación entre los rasgos impulsivos, intentos de suicidio y conductas autolesivas contribuyen a conductas autolesivas por encima de la capacidad de la depresión, es decir los síntomas fueron capaces de explicar solo la ideación suicida mas no las conductas.

Matera et al. (2021) hacen referencia a que algunos sujetos son más propensos a conductas impulsivas cuando han experimentado un factor negativo externo que incrementa el riesgo de comportamientos dañinos. Las personas que son muy impulsivas y con urgencia negativa (tendencia a actuar impulsivamente cuando se experimenta afecto negativo) pueden tener un alto riesgo de participación de autolesión no suicida, porque estarían motivados a obtener los beneficios limitados a corto plazo de la autolesión sin preocuparles las

consecuencias a largo plazo por ello la impulsividad podría aumentar la vulnerabilidad para participar en conductas des adaptivas como la autolesión.

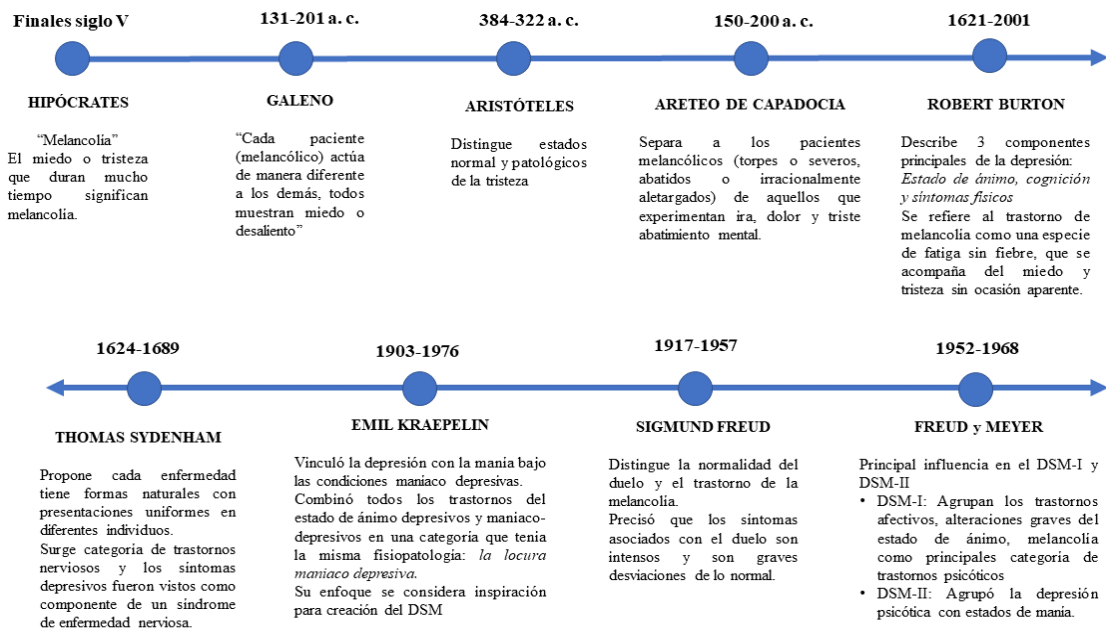
1.2 Depresión

1.2.1 Definiciones y criterios diagnósticos de la depresión

La depresión es un constructo que ha evolucionado a lo largo del tiempo, su primera conceptualización se remonta a lo largo del siglo V bajo el término de melancolía, ha a través de diversos, cambios, denominaciones y/o agrupaciones, hasta llegar a formar parte del Manual de criterios diagnóstico DMS, en su quinta versión, bajo la denominación de Trastornos depresivos. Su evolución se muestra a continuación en la Figura 1.

Figura 1

Historia de la depresión



Nota: Adaptado de Horwitz et al. (2017).

La OMS (2017) considera a la depresión como un trastorno mental frecuente caracterizada por presencia de tristeza, pérdida de interés o sentimientos de culpa o falta de autoestima, sensación de cansancio y falta de concentración. Es una enfermedad que

interfiere con la vida diaria la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer e incluso de disfrutar de la vida, que se caracteriza tristeza persistente y pérdida de interés en las actividades que un individuo realiza con normalidad, por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas (OPS, 2021).

Al considerarse como trastorno mental, se encuentra presente en el Manual de Criterios Diagnósticos DSM-V y en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 en donde se establecen ciertos aspectos diagnósticos para determinar la existencia de la depresión. En los dos manuales se encuentra como Trastornos Depresivos, de los cuales se desprende la clasificación por síntomas específicos y por etiología.

Sin embargo, para la presente investigación se utilizará la clasificación por síntoma que implica el trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), otro trastorno depresivo especificado y no especificado; misma clasificación que se encuentra en el CIE-11 bajo la denominación de trastorno depresivo recurrente y trastorno distímico. Sus criterios diagnósticos se presentan en la Tabla 2 (APA, 2014; OMS, 2018).

Tabla 2

Criterios diagnósticos de los trastornos depresivos según DSM-V y CIE-11

Nombre	DSM- V	Criterios	CIE- 11	Nombre
Trastorno depresivo mayor	Síntomas presentes durante al menos dos semanas.	Tiempo	Síntomas casi todos los días durante dos semanas.	Trastorno depresivo recurrente
	Cinco o más de los síntomas, al menos uno de ellos deber ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.	Presencia/a usencia de síntomas Síntomas	Al menos dos episodios depresivos separados por mínimo de varios meses sin perturbación.	
	1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día o casi todos los días.		1. Estado de ánimo deprimido o disminución del interés en las actividades que ocurre la mayor parte del día.	
	2. Disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.		2. Dificultad para concentrarse	

Trastorno depresivo persistente (distimia)	<p>3. Pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días</p> <p>4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días</p> <p>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.</p> <p>Dos o más años.</p> <p>Dos o más de ellos:</p> <p>1. Poco apetito o sobrealimentación.</p> <p>2. Insomnio o hipersomnia.</p> <p>3. Poca energía o fatiga.</p> <p>4. Baja autoestima.</p> <p>5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.</p> <p>6. Sentimientos de desesperanza.</p>	<p>Tiempo</p> <p>Síntomas</p>	<p>3. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.</p> <p>4. Desesperanza.</p> <p>5. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.</p> <p>6. Cambios en el apetito o el sueño</p> <p>7. Agitación o enlentecimiento psicomotor.</p> <p>8. Energía reducida o fatiga.</p> <p>Dos o más años.</p> <p>1. Irritabilidad generalizada.</p> <p>2. Interés o placer disminuido en las actividades, concentración y atención reducidas o indecisión.</p> <p>3. Autoestima baja o culpa excesiva o inapropiada.</p> <p>4. Desesperanza sobre el futuro.</p> <p>5. Sueño perturbado o aumento del sueño.</p> <p>6. Disminución o aumento del apetito.</p> <p>7. Energía baja o fatiga.</p>	Trastorno distímico
Otro trastorno depresivo especificado o	<p>Categoría aplicada a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no</p>	<p>Descripción</p>	<p>Categoría residual del tipo "otro/a especificado/a".</p>	<p>Otros trastornos depresivos especificados</p>

Otro trastorno depresivo no especificado	<p>cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.</p> <p>Lo usan en situaciones en las que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico.</p> <p>Se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.</p>	<p>Descripción Categoría residual del tipo sin especificación.</p>	Trastornos depresivos sin especificación
--	---	---	--

Nota: Adaptado de Asociación de Psiquiatría Americana [APA] (2014) (p. 104, 108); OMS (2018).

Es importante señalar que en los dos manuales el tiempo establecido para la presencia del trastorno, así como su sintomatología guardan similitud, sin embargo, en la denominación tienen cierta diferencia en el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo recurrente. También en cuanto a la descripción de otro trastorno especificado y otro trastorno no especificado, su denominación y descripción es completamente diferente.

Por todo lo antes mencionado, la depresión es un constructo investigado desde mucho tiempo atrás, su conceptualización ha evolucionado desde un estado de tristeza hasta llegar a ser considerada como una patología en el DSM-V, sin embargo, esta se caracteriza por un estado de tristeza persistente, pérdida de interés y otra sintomatología que tras cierto periodo de tiempo esta puede interferir en la vida diaria del individuo generándole un malestar significativo en su vida personal o laboral.

1.2.2 Prevalencia internacional, regional y nacional

Actualmente, la depresión mantiene una prevalencia de 3.7% siendo mayor que los demás trastornos mentales (Dattani et al, 2021), es un trastorno mental frecuente a nivel mundial, dado que cerca de 280 millones de personas tienen depresión y aproximadamente el 5% de los adultos la padecen, por ello se considera como la principal causa mundial de discapacidad y contribuye a la carga mundial general de morbilidad (OMS, 2021).

Así mismo las personas adultas (60 a 64 años) tienen mayor riesgo de padecerla alcanzando la prevalencia de 8% en las mujeres, sin embargo, la población de entre 20-24 años no es indiferente ante esta situación dado que alcanzan el 6% en las mujeres y el 4,3% en los hombres. Es importante mencionar que esta patología es más frecuente en las mujeres (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2018).

Estudios previos demuestran que aproximadamente en el año 2015 la proporción de la población mundial con depresión fue de 3.4%, siendo más común en las mujeres (5.1%) que en los hombres (3.6%). Se estima que durante el 2005 y 2015 la presencia de esta patología incrementó en 18,4% (OMS, 2017).

En relación con los datos mundiales la región de las Américas presenta casi el doble de tasa de tratamiento (95.8 por 100mil habitantes) para la depresión moderada/grave, además presenta una prevalencia mayor de tratamiento en las diferentes subregiones y grupos de ingreso (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2018-a).

La OPS (2018-b) en su informe sobre la carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, sitúa a la depresión como la primera causa de discapacidad con 7,8% de la discapacidad total con un intervalo entre 5,9% en Canadá y 9,4% en Paraguay. A su vez existe un mayor nivel de discapacidad en América del Sur, siendo Paraguay (9,4%), Brasil (9.3%), Perú (8.6%), Ecuador (8.3%) y Colombia (8.2%) los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad que incluso superan el nivel global.

En cuanto al contexto ecuatoriano, tenemos que según el Instituto de Estadísticas y Censos [INEC] (2017) en el año 2015 cerca de 2088 personas recibieron atención por depresión en los distintos establecimientos de salud, de los cuales el 36.39% fueron personas de edades comprendidas entre 19 a 33 años, siendo en su mayoría (64%) mujeres, asimismo Torres et al. (2017) mencionan que el 6.2% de estudiantes ecuatorianos presenta sintomatología de un episodio depresivo mayor. Los efectos iniciales en la salud mental ante la pandemia del COVID-19 en Ecuador refieren que un número significativo de la población reportaron niveles severos o extremos de depresión, ansiedad y estrés, el 10,30% de los participantes reflejaron niveles elevados de depresión y los niveles más altos fueron predominantes en la población de 21 a 30 años (Tusev et al, 2020)

Del mismo modo, como consecuencia del confinamiento por la pandemia del COVID-19 las prevalencias sobre algunos trastornos mentales incrementaron y las personas con problemas de salud mental preexistentes fueron más vulnerables ante el impacto negativo de la pandemia (Taylor y Amundson, 2020). En efecto, cerca de 1.1 millón de la población presentaba algún tipo de trastorno mental; durante este acontecimiento y en relación a los diversos problemas (económicos, conductuales y psicosociales) que se presentaron relacionados con la pandemia, contribuyeron a un aumento de cuadros depresivos y conductas suicidas (McIntyre y Lee, 2020).

En este sentido, autores como Khan et al. (2021) refieren que las tasas de prevalencia global de depresión fueron de 73.3% la cual era más evidente en adultos jóvenes (78.2%) y en las mujeres quienes presentaron una proporción mayor con un 82.7% en relación a los hombres (70%). Por su parte, Salari et al (2020) mencionan que la prevalencia de depresión entre la población general durante el COVID-19 es de aproximadamente 33,7%.

De igual forma, la población estudiantil, específicamente, los universitarios se vieron afectados a causa de la pandemia en diversos aspectos y áreas como educación en línea, mercado laboral y oportunidades profesionales (Ochnik et al., 2021). También las

restricciones tomadas a causa del COVID-19 pueden provocar soledad, ansiedad, depresión, y trastornos del sueño. Esta población por sus características de grupo activo, habituados a realizar actividades al aire libre pueden verse afectados mentalmente por este aspecto (Rubin y Wessely, 2020).

Asimismo, Lu et al. (2021) realizaron un estudio que permita comparar los indicadores de salud en estudiantes universitarios antes de la pandemia y después de pandemia considerando el año 2019 y 2020. Entre sus hallazgos señalan el cambio en los síntomas de depresión en este último año si bien esta sintomatología no presentó cambios, cerca del 15% empeoraron, siendo mayor la presencia de la sintomatología para los hombres, casi en un 17%. Así también la depresión moderada a severa en el año 2020 se asoció con la gravedad de los síntomas de depresión en hombres.

Siguiendo esta misma línea, en cuanto a la prevalencia en población joven y universitarios también destaca el estudio de Zhang et al. (2021) quienes encontraron que casi el 26% de sus participantes jóvenes, reportaron síntomas depresivos, además evaluaron los síntomas depresivos en diversas áreas epidémicas reportando niveles elevados en área de Wuhan con 31,5% en relación a otras ciudades (26%) y provincias vecinas (22,7%) de Hubei y otras áreas (25,8%). También encontraron una mayor tasa de síntomas depresivos en los estudiantes que informaron un mayor tiempo de pantalla ya sea por tiempo de descanso o por actividades académicas.

Holm-Hadulla et al. (2021) refieren que en su investigación con estudiantes universitarios una puntuación media de 11.6 y también que cerca del 32% de los estudiantes presentaron indicios de depresión moderadamente grave o grave. En cuanto a la prevalencia por sexo esta es mayor en las mujeres con el 43,5%.

Como se ha mencionado los estudiantes a menudo se enfrentan a diversos problemas de salud mental, inclusive en periodo pre-pandémico más de un tercio de los estudiantes experimentaron alguno de ellos, de hecho, esta población presenta un mayor riesgo de estrés,

ansiedad y depresión que la población en general (Zivin et al., 2009). En este sentido autores como Ibrahim et al. (2013) realizaron un metaanálisis de estudios realizados entre 1990 y 2010 y concluyen que la prevalencia de depresión fue de 30,6% la cual estuvo presente en casi un tercio del total de estudiantes. Dichas tasas oscilaron entre el 10% y el 84%, con respecto a las diferencias de género, encontrándose una mayor prevalencia entre las mujeres (29,6%) en comparación a los hombres (24,9%).

En conclusión la aparición de la pandemia del COVID-19 generó diversos cambios en la vida de los individuos trayendo consigo consecuencias para el bienestar físico y mental; además del costo físico de la enfermedad en sí, las personas de todo el mundo han experimentado un incremento de ansiedad, estrés y depresión debido a la angustia financiera, el distanciamiento social, la cuarentena y el confinamiento, entre otras factores que han impactado fuertemente en el funcionamiento personal, social y ocupacional del individuo (Varma et al., 2021).

1.2.3 Factores de riesgo y protección para la depresión

En cuanto a los factores de riesgo según APA (2014) en el Manual de criterios diagnósticos DSM-V este los divide por tres categorías: temperamentales, genéticos y ambientales.

- Factores temperamentales: Niveles elevados de neuroticismo, la gravedad de los síntomas, un mal funcionamiento global y la presencia de trastornos de ansiedad o conducta, predicen un peor pronóstico a largo plazo.

- Factores Genéticos: Los familiares de primer grado con un trastorno depresivo mayor tiene un riesgo 2 a 4 veces mayor que el de la población general. La heredabilidad es de aproximadamente 40% y los rasgos neuróticos de la personalidad cuentan en proporción considerable para esta asociación genética.

- Factores Ambientales: Suceso adversos durante la infancia, en especial cuando son varias experiencias de diversos tipos constituyen un conjunto

fuerte de contraer un trastorno depresivo, también los acontecimientos vitales estresantes son precipitantes para episodios depresivos.

Asimismo, Hoyos et al. (2021) mencionan que desde un punto de vista multifactorial de la depresión esta implica la comprensión de factores biológicos, psicológicos, sociales, además la interacción entre estas variables y los factores ambientales como situaciones estresantes, comportamientos prosociales y antisociales, logros y compromiso académico tienen una influencia causal frente a la depresión y ansiedad.

En este sentido Cattaneo y Riva (2016) consideran que el estrés es uno de los principales factores de riesgo ambientales de las enfermedades psiquiátricas; un estado de estrés prolongado predispone al individuo a la depresión u otras enfermedades mentales. Por ello es importante estudiar los factores estresores; mediadores y moderadores, los cuales pueden ser conceptualizados como factores de riesgo o protección desde una perspectiva epidemiológica dado que son características que incrementan o disminuyen la probabilidad de que el estresor produzca el desarrollo de la psicopatología.

Por otro lado, Sheldon et al. (2021) realizaron un metaanálisis con estudiantes universitarios en donde encontraron diversos factores de riesgo, los cuales fueron ubicados según el esquema de categorización de riesgos de Furber y colaboradores desarrollada en el año 2017, para ello agruparon los factores en categorías de nivel primario y secundario: fisiológicos y de salud, psicológico, predictores de respuesta al trauma, relacional, sociodemográfico, estilo de vida y factores relacionados con la educación superior cada uno de estos niveles comprende subcategorías y dentro de ellas se describen los factores de riesgo, los cuales se observan en la Tabla 3.

Tabla 3

Factores de riesgo en estudiantes universitarios

Factores relacionados con la fisiología y la salud	
<i>Enfermedad o discapacidad física</i>	<i>Fortalezas y vulnerabilidades fisiológicas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Tener una lesión o enfermedad física 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración y duración prolongada del sueño

- Problemas de salud o una discapacidad

Factores Psicológicos

Fortalezas y vulnerabilidades psicosociales

- Baja autoestima
- Regulación de las emociones (supresión de ira)
- Salud auto percibida
- Estrés
- Funcionamiento cognitivo (estilo de respuesta negativo, afrontamiento negativo, carga percibida y pertenencia frustrada, evitación de la resolución de problemas).

Historial de salud mental

- Mal bienestar mental y angustia antes o al comienzo de la universidad
- Ideación suicida inicial, intentos y planes de suicidio
- Cualquier diagnóstico de trastorno mental.

Predictores de respuesta al trauma

- Eventos vitales negativos
- Estrés vital adicional
- Adversidad infantil (exposición a abuso doméstico y maltrato sexual)

Relacional

Salud Física o mental de los padres

- Antecedentes familiares de depresión predijeron depresión en estudiantes de medicina.

Relación padre/cuidador -hijo/a

- Relación insatisfactoria con la madre y mayores restricciones conductuales por parte del padre

Apoyo social y de pares

- Mayor soledad
- Nostalgia
- Baja conexión social dificultades con compañeros, o parejas

Factores Sociodemográficos

Factores Sociodemográficos no modificables

- Ser mujer
- Edad joven

Factores Sociodemográficos modificables

- Dificultades financieras
- Estrés subjetivo por deuda
- Abandono de estudio por razones económicas

Factores de estilo de vida

- Actividad física (Baja actividad física e insuficiente)
- Tabaquismo, consumo de alcohol y drogas
- Calidad de la dieta (baja y alta frecuencia de ingesta diaria de comida)
- Uso problemático del teléfono móvil

Factores relacionados con la educación superior

Entorno académico

- Insatisfacción de la cultura estudiantil y la carrera futuro
- Falta de motivación por interés vocacional
- Preocupación por plan de estudios

Acoso Sexual

- Experiencias de acoso o agresión mientras estaba en la universidad

- Factores de estrés académico
- Rendimiento académico
- Ineficacia académica

Nota: Adaptado de Sheldon et al. (2021).

Varios estudios concuerdan que los factores de riesgo para la depresión en población general y durante el confinamiento son factores sociodemográficos como edad y género, también los factores relacionados con la circunstancia del COVID-19 como soledad, posibilidad de contagio, preocupación por miembros de la familia se han asociado con niveles elevados de depresión, ansiedad y estrés (Brooks et al., 2020; Horesh et al., 2020).

Por otra parte, Karing (2021) señala algunos factores que incrementan los problemas de salud mental, como los sucesos estresantes relacionados con COVID-19 tales como la preocupación sobre los estudios, problemas financieros, sentirse estresados por la cuarentena, haber estado en cuarentena; algunas características personales como neuroticismos, edad avanzada y ser mujer.

Con respecto a los factores protectores el mantener un estilo de afrontamiento positivo es útil para resistir a las emociones negativas porque al reducir las conductas de afrontamiento desadaptativas se podría tener un impacto positivo en la disminución de los niveles de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios (Zhu et al., 2020).

Sun et al. (2020) por su parte destaca que la atención plena y el apoyo social actúan como factores protectores de la depresión y ansiedad en los estudiantes universitarios en cuarentena, destacando que las personas que siempre recibieron apoyo social y emocional tenían menos probabilidad de informar depresión, no obstante, es bien conocido el papel protector del apoyo social en cuanto a la protección de la depresión en la población (Brinker y Cheruvu, 2017).

Al respecto, Wanjie y Qian (2018) refieren que las estrategias de afrontamiento efectivas pueden proteger a las personas de desarrollar síntomas depresivos cuando están experimentando factores estresantes, además el apoyo social también puede desempeñar

un papel importante en la depresión entre los estudiantes universitarios ya que actúa como mediador entre el estrés y los problemas psicológicos.

Finalmente, es importante analizar los factores asociados a la depresión sean estos de riesgo o protección con el propósito de realizar intervenciones más eficaces y oportunas en esta población, dado que se considera que los estudiantes universitarios pueden verse en riesgo durante la etapa de transición de la universidad y enfrentan el desafío del desarrollo a la edad adulta con el inicio máximo de problemas de salud mental antes de los 24 años (Sheldon et al., 2021).

1.2.4 Evidencia científica de estudios sobre la evaluación Psicológica de la depresión y variables asociadas.

Para este apartado se realizó una revisión sistemática de literatura científica, la recopilación de información se efectuó desde el 6 al 20 de diciembre del año 2021 a través de la base de datos SCOPUS. Como criterios de inclusión en la búsqueda se utilizaron los siguientes indicadores: (1) artículos que evalúen o hicieran referencia a depresión en jóvenes los cuales fueron seleccionados a través de la utilización de las palabras claves “depression and assesment” (depresión y evaluación), las cuales podían estar presentes en la metodología, resultados o conclusiones, (2) artículos publicados entre los años 2015 a 2021 y, (3) que el tipo de documento sea artículo.

Como criterios de exclusión algunas áreas temáticas de generación de conocimiento siendo: artes y humanidades, ciencias agrícolas y biológicas, bioquímica, genética y biología molecular, inmunología y microbiología.

El proceso de búsqueda y selección de estudios constó de tres fases: en la primera, se realizó una búsqueda en la base de datos SCOPUS considerando los criterios de inclusión y exclusión señalados, adicional a ello la búsqueda fue realizada en idioma inglés por ello se emplearon las palabras “depression and assesment”, en donde se encontraron 248 artículos.

Y para seleccionar los artículos donde la población de estudio fuesen estudiantes universitarios, se utilizó la opción de refinar búsqueda, colocando la palabra Young (jóvenes) y se encontraron 93 artículos.

La segunda fase consistió en confirmar que los 93 artículos tengan resultados sobre investigaciones empíricas en evaluación psicológica de la depresión en población de estudiantes universitarios. Para ello se realizó la lectura del abstract (metodología, resultados y conclusiones), seleccionándose 43 artículos, cuyos resultados fueron vaciados en una matriz de Excel (ver anexo 1), los criterios para la descripción de los artículos fueron: código de artículo, año, título del artículo, instrumento de evaluación psicológica sobre la variable depresión, tipo de población (clínica o no clínica), apartado en que se menciona depresión (metodología, resultados, conclusiones), otras variables de estudio, cita en formato APA y sitio web o DOI.

La tercera fase estuvo direccionada a identificar de entre los 41 artículos aquellos que utilizan las variables suicidio e impulsividad independientemente del constructo teórico, en donde se obtuvo un artículo que además de la depresión analiza las variables de ideación suicida y estrategias de afrontamiento del estrés (Tsujimoto et al., 2015). Su principal conclusión es que el afrontamiento orientado a la tarea y orientado a la evitación pueden ser factores protectores para la depresión y la ideación suicida en estudiantes universitarios japoneses

En el apartado de discusión se profundizará sobre algunos de los resultados y conclusiones de este grupo de artículos relevantes para la comprensión de la depresión en población universitaria, a continuación, algunos datos generales de los mismos. El 36 % de los artículos han sido publicados en el 2018 y el 20% entre el 2020 y 2021. En cuanto al tipo de población el 63% corresponden a población no clínica, de los cuales solamente dos artículos se realizan en población universitaria, destacándose estudios sobre: estrés psicológico, trastorno de estrés postrauma, y estilos de afrontamiento (Roma et al., 2020;

Erwin et al., 2018; Roche et al., 2015), sobre depresión (Engel et al., 2018; Holloway et al., 2018; Abravanel y Sinha, 2015), sintomatología depresiva (Gu et al., 2017; Tang y Dai, 2018), síntomas de ansiedad y depresión (Zhu et al., 2020), así como la relación de esta variable con Burnout y depresión (Taghva et al., 2015), y entre suicidio, depresión y estrés (Tsujiimoto et al., 2015).

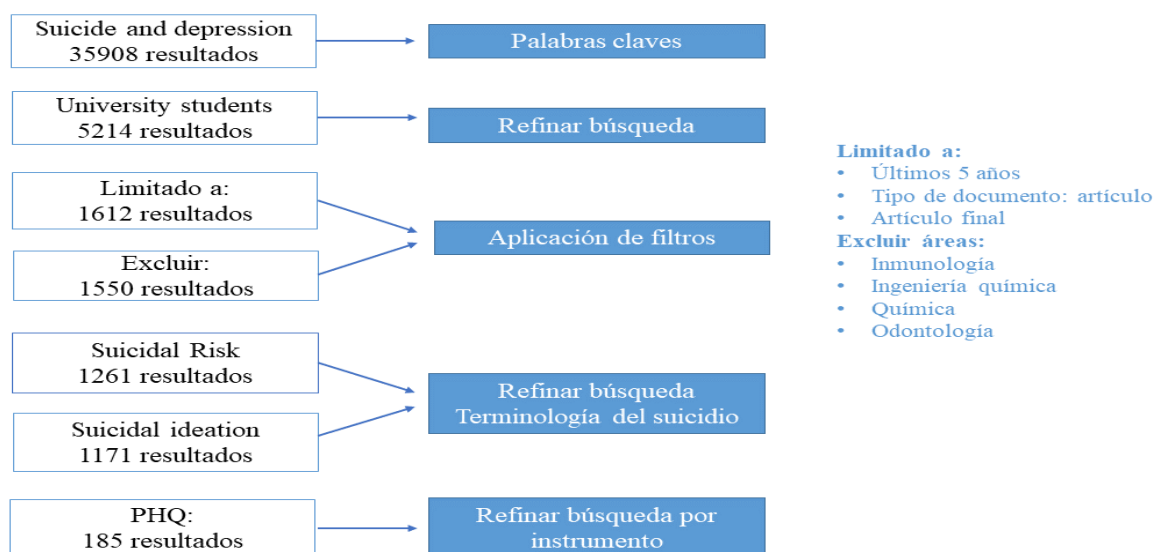
También se determinó que tanto el Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) junto con la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) fueron los instrumentos más utilizados para evaluar depresión en la población joven; el PHQ-9 se utilizó en 7 artículos (18%) y el HADS en 9 artículos (22,5%). Asimismo, en cuanto a la asociación de las variables depresión, suicidio e impulsividad en conjunto, se encontró un artículo que analiza la relación entre suicidio y depresión que utiliza la Escala de depresión de autoevaluación de Zung (SDS) para evaluar depresión e ideación suicida.

Es importante indicar que con el fin de corroborar la importancia y la relación de la variable suicidio y su relación con la depresión e impulsividad, se realizó una búsqueda por separado. Suicidio y depresión, así como suicidio e impulsividad y los resultados que se obtuvieron siguiendo el mismo esquema de búsqueda anteriormente citados fueron:

En cuanto al suicidio y depresión se puede afirmar que existe evidencia científica que respalda y sustenta este constructo, además que existieron 1171 resultados indistintamente del instrumento u otras variables que se basen (ver figura 2.).

Figura 2

Revisión bibliográfica del constructo suicidio y depresión



Referente al suicidio e impulsividad, este constructo es relativamente nuevo, a pesar de que ya ha sido relacionado e investigado tiempo atrás, tenemos que desde 1974 al 1994 no se publican ni 10 artículos al año. Sin embargo, desde el 2015 es donde empieza a tener más relevancia y se incrementan las investigaciones de la relación entre estas variables, así durante el 2015 al 2021 se han publicado más de 569 artículos (Ver figura 3.). Además, los resultados de búsqueda de estos dos constructos son consistentes con lo antes mencionado, a pesar de que su estudio es relativamente nuevo, existe investigación científica que respalda esta asociación encontrándose 1406 artículos indistintamente del instrumento de evaluación (Ver figura 4). Es importante mencionar que estos artículos serán analizados en el apartado de discusión.

Figura 3

Publicaciones por año sobre suicidio e impulsividad

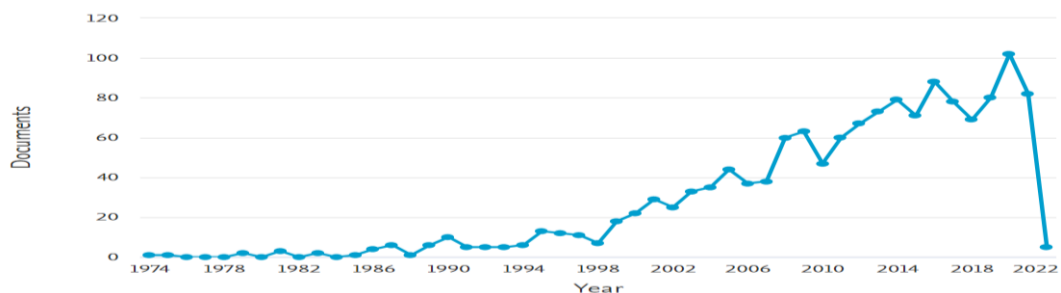
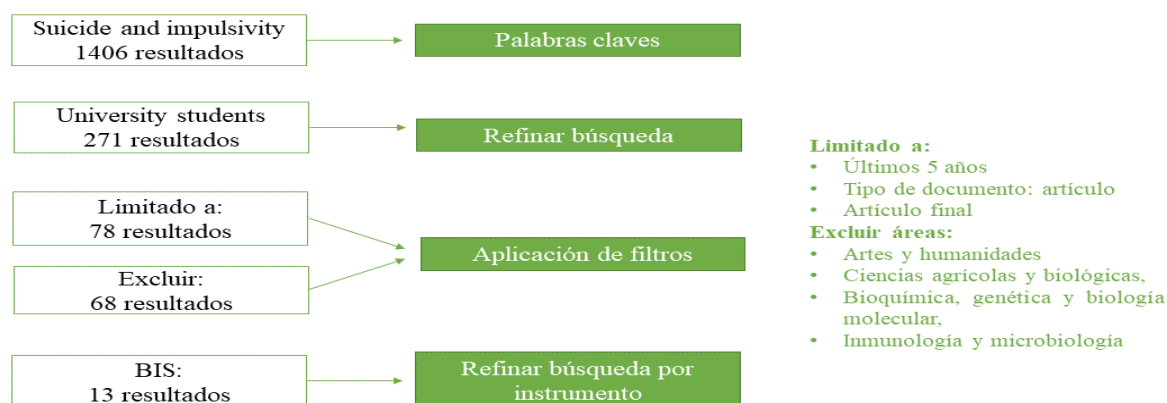


Figura 4

Revisión bibliográfica del constructo suicidio e impulsividad



1.3 Impulsividad

1.3.1 Definición y aspectos neurobiológicos de la impulsividad.

Al hablar de impulsividad es importante remarcar que esta puede o no ser patológico y que es parte de nuestra naturaleza. Dado que es un rasgo de personalidad y que en ocasiones facilita una respuesta adaptativa (Franco, 2015). No obstante, los grados de impulsividad se consideran patológicos cuando es imposible resistir el impulso y se produce un acto impulsivo (Orozco-Cabal y Herin, 2008).

En este sentido, el impulso es definido según el diccionario de según de la Real Academia Española (s.f.) como el “deseo o motivo afectivo que induce a hacer algo de manera súbita, sin reflexionar” (definición 3). Y por el diccionario de Psiquiatría como el deseo

imperioso que surge en algunos individuos y los empuja a cometer ciertos actos infundados, a veces brutales o peligrosos (Porot, 1971).

Ahora bien, la literatura sugiere que la impulsividad es un concepto multifacético que puede ser medido de diferentes maneras. Una de esas medidas se divide en tres categorías: elección impulsiva, acción impulsiva y rasgos de personalidad impulsivos (Mackillop et al., 2016), también autores han establecido que en términos de conducta suicida la impulsividad puede describir un estado o un rasgo (Baca-García et al., 2005).

La impulsividad del rasgo generalmente es evaluada mediante cuestionarios auto informados como la escala de Barrat y la impulsividad de estado se evalúa mediante tareas psicológicas que inducen acciones y decisiones inmediatas que miden el control inhibitorio (Bari y Robbins, 2013).

En tanto que, la impulsividad es un rasgo de personalidad complejo que se relaciona con el control de comportamiento y emociones (Orozco-Cabal y Barratt, 2007). Moller et al. (2001) refieren que es “una predisposición a reacciones rápidas y no planificadas a estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para los individuos impulsivos o para los demás” (p. 1784).

Sin embargo, su definición como constructo es diversa en el sentido de que existen diferentes tipos y dimensiones de la impulsividad, así como los instrumentos utilizados para evaluarla, uno de ellos es la escala de impulsividad de Barrat que identifica tres factores o subdimensiones cognitiva (toma de decisiones rápida), motora (actuar sin pensar) y no planeada (falta de futuro o previsión), las cuales pueden coincidir en diferentes grados a nivel normal o patológicos (Orozco-Cabal y Herin, 2008; Stanford et al., 2009).

Por otro lado, en cuanto a los aspectos neurobiológicos de la impulsividad Orozco-Cabal y Herin (2008) han identificado alteraciones en tres sistemas neuronales funcionales en los individuos: la disfunción del sistema que se encuentra en la función ejecutiva, el déficit atencional, y alteraciones en el circuito de recompensas (ver Tabla 4).

Tabla 4

Aspectos neurobiológicos de la impulsividad.

Sistemas neuronales de la impulsividad	
Función ejecutiva	Existen diferencias en el procesamiento de la información presentada de forma secuencial, el cual se acentúa al incrementarse la carga de información, presión de tiempo y la carga emocional negativa a las respuestas en tareas de desempeño continuo
Déficit atencional	Dificultad para mantener la atención en una tarea determinada y los grados de impulsividad, que se relacionan con la escasa inhibición de respuestas aprendidas y procesos de programación motora insuficiente, haciendo que los individuos manifiesten comportamientos inflexibles y perseverantes
Circuito de recompensas	Se relaciona con alteraciones en la atribución del valor motivacional y emocional a estímulos internos o externos, y el efecto de estos estímulos sobre el comportamiento se modula por el estado emocional de los estados afectivos negativos, por ello los individuos impulsivos son hipersensibles a las emociones negativas generando un patrón de respuesta impulsiva.

Nota: Adaptado de Orozco-Cabal y Herin (2008)

Por su parte Sola et al. (2013) refieren que :

El circuito neural más importante lo constituye el eje cortico-estriato-tálamo-cortical, en donde la dopamina como neurotransmisor tiene un papel crucial, esencialmente a través del circuito mesocórtico-límbico o vía del refuerzo. Específicamente, las áreas cerebrales implicadas son el córtex prefrontal, especialmente las áreas ventromedial y orbitofrontal relacionadas con la planificación y juicio; el estriado ventral, concretamente el núcleo accumbens, clave en el sistema de refuerzo, y la amígdala, fuente de lo emocional y de las respuestas condicionadas (p. 147).

Además, Franco (2015) señala que la impulsividad ejerce su función en las funciones ejecutivas las cuales están en el lóbulo prefrontal y son responsables de las emociones y de la toma de decisiones. No obstante, se podría mencionar que en la impulsividad al menos están implicados dos circuitos cerebrales que funcionan en conjunto; (1) sobre el **sistema de la amígdala** que gestiona las emociones y cuando existen niveles elevados de impulsividad esté se encuentra perturbado y (2) el **sistema prefrontal** que se encarga del proceso de

reflexión y de inhibir conductas. Adicional a ello, estos circuitos son considerados desde el punto de vista funcional y la forma en cómo actúan algunos neurotransmisores en especial la dopamina y serotonina, esta última regula la inhibición de las acciones cuando se pueda producir un castigo y en la búsqueda de novedad, también al existir una disfunción dopaminérgica se altera la atribución de la relevancia y el deterioro de la capacidad de la inhibición de las conductas.

1.3.2 La impulsividad en el DSM V como trastorno y sintomatología

Dentro del DSM-V la impulsividad se encuentra bajo la categorización de los trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta, dentro de esta categorización se encuentran: el trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente, trastorno de la conducta, trastorno de la personalidad antisocial, piromanía, cleptomanía, otro trastorno destructivo del control de los impulsos y de la conducta, especificado y trastorno destructivo del control de los impulsos y de la conducta, no especificado, sus criterios diagnósticos se detallan en la Tabla 5.

Tabla 5

Categorización trastornos del control de los impulsos según el DSM-V

Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta	
Trastorno	Criterios diagnósticos
Trastorno negativista desafiante	<p>A. Patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos 6 meses, que se manifiestan por lo menos con cuatro síntomas y se exhiben durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.</p> <p>Enfado/Irritabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de la calma. 2. Susceptible o molesto con facilidad. <p>Enfadado y resentido</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Discusiones/actitud desafiante. 4. Discute a menudo con la autoridad. 5. Desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o norma.

Vengativo

6. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos 6 meses.

- Trastorno explosivo intermitente
- A. Arrebatos recurrentes en el compartimiento que reflejan, una falta de control de los impulsos agresividad, manifestada por una de las siguiente:
1. Agresión verbal o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos en promedio dos veces por semana durante un periodo de tres meses.
 2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos 12 meses.

- Trastorno de la conducta
- A. Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo uno en los últimos seis meses.

1. Agresión a personas animales.
2. Acosas, amenaza o intimida a otras.
3. Inicia peleas.
4. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros.
5. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
6. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
7. Ha robado enfrentándose a una víctima.
8. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

9. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
10. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien.

Engaño o robo

11. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
12. A menudo miente para obtener objetos o favores o para evitar obligaciones.
13. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima.

Incumplimiento grave de las normas

14. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.
15. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivir con sus padres o en un hogar de acogida por lo menos dos veces o una vez.
16. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

- Trastorno de personalidad antisocial
- A. patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años y que se manifiesta por tres o más de los hechos siguientes:

1. Incumplimiento de las normas sociales

2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho.
 3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
 4. Irritabilidad y agresividad.
 5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
 6. Irresponsabilidad constante.
 7. Ausencia de remordimiento.
- B. El individuo tiene como mínimo 18 años
- C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio de los 15 años.
- Piromanía
- A. Provocación de incendios de forma deliberada e intencionada en más de una ocasión.
 - B. Tensión o excitación afectiva antes de hacerlo.
 - C. Fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y su contexto.
 - D. Placer, gratificación o alivio al provocar incendios o al presenciar o participar en sus consecuencias.
- Cleptomanía
- A. Fracaso resistente para reducir el impulso de robar objetos que no son necesarios para uso personal ni por su valor monetario.
 - B. Aumento de la sensación de tensión inmediatamente antes de cometer el robo.
 - C. Placer, gratificación o alivio en el momento de cometerlo.

Nota: Adaptado de APA (2014).

Además, como ya se ha mencionado en apartados anteriores, la impulsividad es un rasgo dimensional de la personalidad, a su vez es característica de algunos trastornos psiquiátricos. Alguno de ellos son los trastornos de personalidad estructurados como el trastorno límite o el trastorno antisocial (disocial) de la personalidad (Franco, 2015), las adicciones, los trastornos del control de impulsos y los trastornos bipolares se asocian con la impulsividad. En efecto su comorbilidad radica en aquellos aspectos biológicos de estos trastornos (Rodríguez, 2018). Del mismo modo dentro del DSM-V se encontró que la impulsividad es parte de los criterios diagnósticos de algunos de los trastornos, los cuales se detallan en la Tabla 6.

Los trastornos de personalidad son definidos como un patrón persistente de experiencias internas y de comportamiento que se manifiesta en la cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y de control de los impulsos que provoca malestar clínicamente

significativo o deterioro en el funcionamiento del individuo. Más específicamente la impulsividad es el eje central sobre el cual se estructuran sus síntomas siendo el trastorno de personalidad límite y el antisocial (Medina et al., 2015).

Tabla 6

Impulsividad como sintomatología

Impulsividad como sintomatología en el DSM-V	
Trastorno	Criterio diagnóstico
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere en el funcionamiento o el desarrollo.
Intoxicación por fenciclidina	Cambios de comportamiento problemáticos clínicamente significativos (p. ej. Belicosidad, agresividad, impulsividad, agitación psicomotora, juicio alterado).
Trastorno de la personalidad antisocial	Impulsividad o fracaso para planear con antelación
Trastorno de la personalidad límite	Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos. <ul style="list-style-type: none"> - Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas

Nota: Adaptado de APA (2014).

Capítulo dos

Metodología

2.1 *Objetivos*

2.1.1 *Objetivo General*

Medir la prevalencia de riesgo e ideación suicida y su asociación con la depresión e impulsividad en estudiantes universitarios ecuatorianos.

2.1.2 *Objetivo Especifico*

- Analizar la prevalencia del comportamiento suicida en estudiantes universitarios.
- Evaluar los niveles de depresión e impulsividad por sexo en estudiantes universitarios.
- Relacionar la impulsividad con el comportamiento suicida.
- Relacionar la depresión con el comportamiento suicida.

2.2 *Diseño de investigación*

El diseño metodológico es cuantitativo, no experimental debido a que no se manipularon las variables y se observara el fenómeno en su ambiente natural para luego analizarlo; el enfoque es transversal dado que se realizará la recolección de información en un único momento y de alcance descriptivo porque pretende analizar las características, propiedades y perfiles de un grupo de personas en este caso estudiantes universitarios, y correlacional debido a que permite conocer el grado de relación existente entre dos o más variables en un contexto en particular (Hernández et al., 2014).

2.3 *Población y muestra de estudio*

Las características sociodemográficas que se describen en la muestra de estudio pertenecen a indicadores sociodemográficos como: edad, sexo, estado civil, e indicadores de salud percepción del sueño, haberse contagiado de COVID-19, probabilidad de contagio.

La población objeto de estudio son hombres y mujeres que asisten o están matriculados en universidades ecuatorianas, que se identifiquen como estudiantes universitarios y que

acepten participar en el estudio “Modelo transdiagnóstico del consumo de alcohol y salud mental en Ecuador en el periodo 2021-2022”. La muestra de estudio del presente trabajo de fin de master es una muestra de la información recogida en la investigación antes mencionada, dirigida por el PhD. Víctor López, quien autorizó que se utilicen los datos. Se recogieron 2000 datos de estudiantes universitarios de los cuales se analizarán 325 sujetos, muestra que corresponden a un 95% del nivel de confianza, con un margen de error del 5% en relación a la población de 2000 sujetos. De esta manera se ha procurado la representatividad requerida para realizar los análisis estadísticos propuestos en esta investigación.

2.4 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se utilizaron en la presente investigación son:

- Estar matriculado en una universidad ecuatoriana
- Ser mayor de edad
- Tener acceso a internet
- Consentir libre y voluntariamente participar del estudio

2.5 Instrumentos de recogida de información

Para la recogida de información se utilizaron tres instrumentos que permitieron evaluar a los participantes, la información recolectada hace referencia a la situación sociodemográfica, depresión e impulsividad. Es importante mencionar que, con respecto a la variable suicidio esta no se evaluara a través de un instrumento sino por medio de una pregunta del cuestionario sociodemográfico. A continuación, se presenta la información de los instrumentos.

2.5.1 Cuestionario sociodemográfico (AdHoc)

El cuestionario estaba conformado por 12 ítems que permiten recolectar información sobre aspectos sociodemográficos, sin embargo, para el presente estudio se utilizan 8 ítems relacionados con indicadores: sociodemográficos (provincia, clase social subjetiva, situación

laboral, probabilidad de pérdida de empleo y modalidad de estudio); personales (edad, sexo, estado civil) y de salud (COVID-19, probabilidad de contagio y percepción de la calidad de sueño) (ver apéndice 2).

El ítem 11 correspondiente a la evaluación del comportamiento suicida, que permite analizar el riesgo suicida en la población. El enunciado utilizado con las opciones de respuesta es el siguiente:

11. En relación a los últimos 4 meses, señale la respuesta correcta:

- He sentido que la vida no tiene sentido
- He pensado en suicidarme
- He intentado suicidarme
- Ninguna de las anteriores

Las opciones de respuesta de este ítem han sido adaptadas de la escala de suicidalidad de Okasha (fiabilidad de 0.89 por Apha de Cronbach (α)) que evalúa el riesgo suicida y está compuesto de 4 ítems, de los cuales se usaron 3, el ítem 1 ¿Ha pensado alguna vez que la vida no vale la pena?; el ítem 3 ¿ha pensado alguna vez terminar con su vida? e ítem 4 ¿Ha intentado suicidarse? cuya respuesta es de tipo dicotómica (Salvo y Castro, 2009). Esta escala es uno de instrumentos disponibles más cortos, para estimar rápidamente el riesgo suicida en estudios epidemiológicos (Okasha et al., 1981).

Por lo tanto, en base a este instrumento se utilizan los ítems 1 y 3 que evaluaron la ideación suicida y el ítem 4 el intento suicida en la población estudiada. Es importante que para la interpretación del ítem de riesgo suicida se utilizó la escala de riesgo suicida de Plutchik, que corresponde a mayor puntuación mayor riesgo (Rubio et al., 1998).

2.5.2 Escala de impulsividad BISS 11

Esta escala fue desarrollada por Patton, J. H., Stanford, M. S. y Barratt, E. S. en 1995, su confiabilidad es de $\alpha = 0,80$, es de aplicación individual o colectiva, con un tiempo de 10 a 30 minutos y el objetivo es evaluar la impulsividad en distintas dimensiones (cognitiva, motora y no planeada). Consta de 30 ítems y tiene tres subescalas con sus respectivos ítems

impulsividad cognitiva (8 ítems: 4,7,10,13,16,19,24 y 27), impulsividad motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29), impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30).

Es de escala tipo Likert con opciones de respuesta entre raramente o nunca (0), ocasionalmente (1), a menudo (3), y siempre o casi siempre (4). Su calificación se realiza de manera general con la puntuación total (los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30 tienen una puntuación inversa) o por subescalas se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. No existe punto de corte, sin embargo, la mediana de distribución es de 9.5 (Patton, 1995; Stanford et al., 2009). Ver apéndice 3.

Adicionalmente, en la presente investigación se analiza la fiabilidad del instrumento en la población estudiada por medio del programa estadístico SPSS 23, obteniéndose para el total del instrumento una fiabilidad de $\alpha=0,75$ considerada como aceptable según George y Mallery (2003), por lo tanto, las medidas de impulsividad obtenidas en esta muestra de estudio son confiables (Hernández et al., 2014). De manera similar, se realizó la fiabilidad a través del estadístico Alpha de Cronbach por dimensiones en donde se obtuvo una fiabilidad aceptable solo para una dimensión (motora), los resultados se encuentran en la Tabla 7. Así también se utilizó el modelo dos mitades, el cual divide la escala en dos partes y examina la correlación entre las mismas, corroborándose la baja fiabilidad de las dimensiones cognitiva y no planeada.

Tabla 7

Análisis de fiabilidad impulsividad

Dimensión	Alpha de Cronbach	Interpretación	Dos mitades
Cognitiva	0.22	Inaceptable	Parte 1: -0,98 Parte 2: 0,196
Motora	0.71	Aceptable	Parte 1: 0,640 Parte 2: 0,549
No planeada	0.57	Pobre	Parte 1: 0,546 Parte 2: 0,097

2.5.3 Escala de Depresión (PHQ-9)

Este cuestionario permite evaluar la depresión en la población, fue desarrollado por Kroenke et al. (2001) es de aplicación individual o colectiva, su confiabilidad es de $\alpha = 0.86$, consta de 9 ítems y su forma de respuesta es en escala tipo Likert: ningún día (0), varios días (1), más de la mitad de los días (2), casi todos los días (3). Para su calificación se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 27 puntos (Kroenke et al., 2001). Ver apéndice 4.

En cuanto a la fiabilidad del PHQ-9 en la población de estudio, según el análisis se obtuvo $\alpha = 0.94$, interpretándose como una excelente fiabilidad y por ende que la escala es sumamente confiable (George y Mallery, 2013; Hernández et al., 2014).

2.6 Procedimiento

La recolección de datos se realizó entre noviembre y diciembre del 2021 el proyecto de investigación: "Modelo transdiagnóstico del consumo de alcohol y salud mental en el Ecuador", y dirigido por el PhD. Víctor Manuel López Guerra Docente Investigador del grupo de investigación Psicología Clínica y de la Salud de la UTPL; quien autorizó a la PhD. Silvia Vaca, también integrante de esta investigación a que utilice la información para el desarrollo del presente trabajo de fin de Máster.

Por lo antes indicado, las fases desarrolladas en la presente investigación surgen a partir de la matriz de datos en formato del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 23). Sin embargo, se realiza una breve explicación del proceso de recolección de información:

A través de una aplicación web-based cuyo nombre es Truetest se recogió la información, aquí se encuentran depositados los diferentes cuestionarios que se aplican a los participantes, los mismos que fueron seleccionados previamente en base a tres criterios: brevedad, propiedades psicométricas, y liberados para fines de investigación. Las ventajas de la aplicación a través de la web es que minimiza el riesgo de pérdida de datos, permite el cálculo automático de puntuaciones de forma inmediata con la consiguiente optimización del

tiempo. Además, son bien aceptados por la población general y garantiza el anonimato. Tanto los cuestionarios como la base de datos con las respuestas se alojarán en el servidor web creado para tal efecto. La administración online garantizará el acceso por parte de los participantes al consentimiento informado y el cumplimiento de los estándares éticos.

En lo referente a la participación, al momento de ingresar a contestar las escalas psicológicas On-line se desplegaba el consentimiento informado en cumplimiento de las directrices éticas vigentes, garantizando la participación voluntaria en el estudio y el anonimato de los datos ingresados, el mismo que debe ser aceptado para dar paso a las preguntas contenidas en la encuesta. Una vez finalizada la evaluación On-line el participante recibirá automáticamente un informe descriptivo de los puntajes obtenidos con las respectivas interpretaciones y recomendaciones.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la UTPL (CEISH) de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) en agosto de 2021 (CEISH: 2021-072E) y cumple con los principios de la Declaración de Helsinki. Se obtiene el consentimiento informado por escrito de todos los participantes aplicando el principio de autonomía, el estudiante recibirá previo a la realización de la encuesta de estudio (Ver Anexo 1. Consentimiento informado). Los participantes podrán retirarse en cualquier momento, tal información será utilizada netamente para fines académicos y de investigación, siguiendo las normas establecidas en la declaración de Helsinki (Asociación Medida Mundial [WMA], 2017) y el informe de Belmont (Ryan et al., 1979).

2.7 Análisis de datos

Se llevó a cabo varios análisis descriptivos con el fin de obtener medidas de tendencia central como media, mediana, moda, desviación estándar y suma, que permitieron analizar la distribución y las principales características de los participantes expresados a través de diagramas básicos (gráficos de barras y de sectores).

Para identificar los niveles de las variables psicológicas y diferencias de sexo también se utilizaron análisis descriptivos (tablas de frecuencias, la frecuencia absoluta de cada valor y la frecuencia porcentual) que se muestran a través de las tablas personalizadas. Se realizaron además análisis de distribución (asimetría y curtosis) y correlaciones bivariados con el propósito de conocer la relación entre las diferentes variables mediante el cálculo del coeficiente de correlación de la rho de Spearman.

Es importante indicar que previamente se realizaron análisis de normalidad para identificar el cumplimiento de los supuestos de normalidad a través de la prueba Kolmogórov-Smirnov, específicamente para analizar la distribución de los puntajes obtenidos en las escalas de depresión e impulsividad. Partiendo de las hipótesis de investigación alternativa (H1) y nula (H0) tenemos que para la variable depresión H1: la distribución de la población no es normal y H0: la distribución de la población es normal, y para impulsividad Ho: La distribución de la población no es normal y H1: La distribución de la población es normal. En función de ello, las correlaciones serán por medio del estadístico de Spearman (r_s). El nivel de confianza que se aplicó es del 95%, y el paquete estadístico el SPSS (V23; SPSS, Inc., Chicago, IL).

2.7.1 Aspectos sociodemográficos de la población.

En relación con las características de los participantes de la presente investigación, a través del cuestionario ADHOC se recolectaron aspectos personales, sociodemográficos y de salud, los análisis descriptivos se muestran a continuación:

En los *aspectos sociodemográfico* de los participantes destacan provincia, percepción subjetiva de la clase social, modalidad de estudio, situación laboral y probabilidad de pérdida de empleo, En la Tabla 8 se puede observar que las provincias se agruparon por zonas del país encontrándose que el 34,15% ($n=111$) corresponde a la zona 2 (Pichincha, Napo y Orellana), y casi el 16% ($n=51$) corresponde a la zona 7 (El oro, Loja y Zamora Chinchipe). Del mismo modo, el 52% ($n=167$) refiere ser de clase social media. En cuanto al nivel y modalidad de estudio los participantes refieren en su mayoría ser estudiantes de pregrado de

modalidad abierta y a distancia. En relación a situación laboral el 62% (n=203) trabaja ya sea a tiempo completo, parcial o sin contrato, de los cuales el 74% (n=80) son hombres y el 56% (n=123) mujeres; con respecto a la probabilidad de pérdida de empleo el 50% (n=155) refiere que no existe ninguna posibilidad.

Tabla 8

Indicadores sociodemográficos

Variable	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Zona		
Zona 1	30	9,23
Zona 2	111	34,15
Zona 3	33	10,15
Zona 4	27	8,31
Zona 5	48	14,77
Zona 6	23	7,08
Zona 7	51	15,69
Clase social		
Alta	14	4,40
Media Alta	68	21,38
Media	167	52,52
Media Baja	65	20,44
Baja	4	1,26
Modalidad de estudio		
Estudiante de pregrado modalidad abierta y a distancia	294	90,5
Estudiante de posgrado modalidad abierta y a distancia	31	9,5
Situación Laboral		
Desempleado/a	122	25,93
Empleo a tiempo completo (40 horas)	117	51,85
Empleado a tiempo parcial	44	14,81
Trabajo informal (sin contrato)	42	7,41
Probabilidad de pérdida de empleo		
Posible	49	15,81
Casi Posible	31	10,00
Poco Posible	75	24,19
Ninguna posibilidad	155	50,00

Con respecto a los *indicadores personales* destacan edad, sexo y estado civil. La media de edad es de 28,37 años, la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 54. Las mujeres prevalecieron con aproximadamente el 68% (n= 217) en relación a los hombres con el 33% (n=108) y en la variable estado civil casi el 65% de los participantes son solteros/as (n=211), de los cuales la mayoría (66,77%, n=143) son mujeres (ver tabla 9).

Tabla 9

Indicadores sociodemográficos

Variable	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Edad		
Media		28,37
Mínimo		18
Máximo		54
Sexo		
Hombre	108	33,23
Mujer	217	66,77
Estado Civil		
Soltero/a	211	64,92
Casado/a	77	23,69
Unión libre	21	6,46
Separado/a - Divorciado/a	16	4,92

En cuanto a los *indicadores de salud* en la Tabla 10 tenemos las variables: probabilidad contagio del COVID-19, y percepción de la calidad del sueño. Casi el 69% (n=225) de los participantes refieren que no se ha contagiado de COVID-19 y el 43% (n=137) considera posible la probabilidad de contagio; y en cuanto a la calidad de sueño el 42% (n=137) señalan que sueño es nada reparador.

Tabla 10

Indicadores de salud

Variable	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
¿Ha sido positivo de COVID-19?		
No	225	69,23
Si	100	30,77
Probabilidad de contagio		

Posible	137	42,55
Casi Posible	107	33,23
Poco Posible	22	6,83
Ninguna posibilidad	56	17,39

Calidad de sueño

Nada reparador	137	42,55
Poco reparador	107	33,23
Reparador	22	6,83
Muy reparador	56	17,39

Capítulo tres

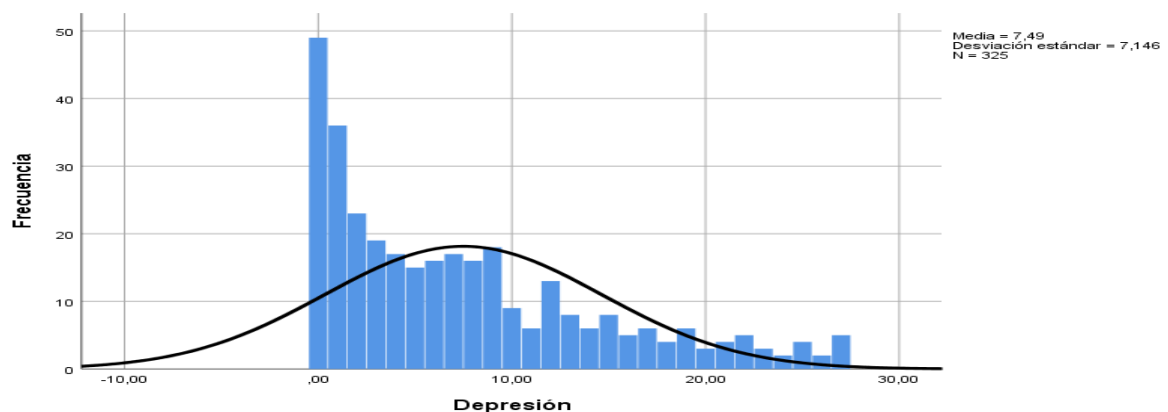
Análisis de Datos

A continuación, se exponen los resultados en relación a cada uno de los objetivos específicos planteados en esta investigación. Primero se presenta la prevalencia del comportamiento suicida, especificando la ideación y el intento. Asimismo, se encuentran los niveles de depresión e impulsividad en los participantes, para finalizar con las correlaciones entre las variables: depresión – suicidio e impulsividad – suicidio.

Con el fin de identificar, la distribución de los datos en las variables psicológicas de estudio que poseen medidas de escala, de intervalo o de razón, se realizan los análisis de asimetría y curtosis. La curtosis indica que tan apuntada o achatada se encuentra una distribución respecto a una distribución normal, cuando el valor de la curtosis es mayor a 0 se considera que la distribución es leptocúrtica, cuando es menor a 0 es platicúrtica y cuando los valores son igual a 0 es mesocúrtica. La asimetría nos permitió identificar la distribución con respecto a la media, recordando que el valor positivo de este indicador significa que la distribución se encuentra sesgada a la izquierda, mientras que un resultado negativo significa que la distribución se sesga en la derecha (Guisande et al., 2013). Así se presentan los resultados a continuación:

Figura 5

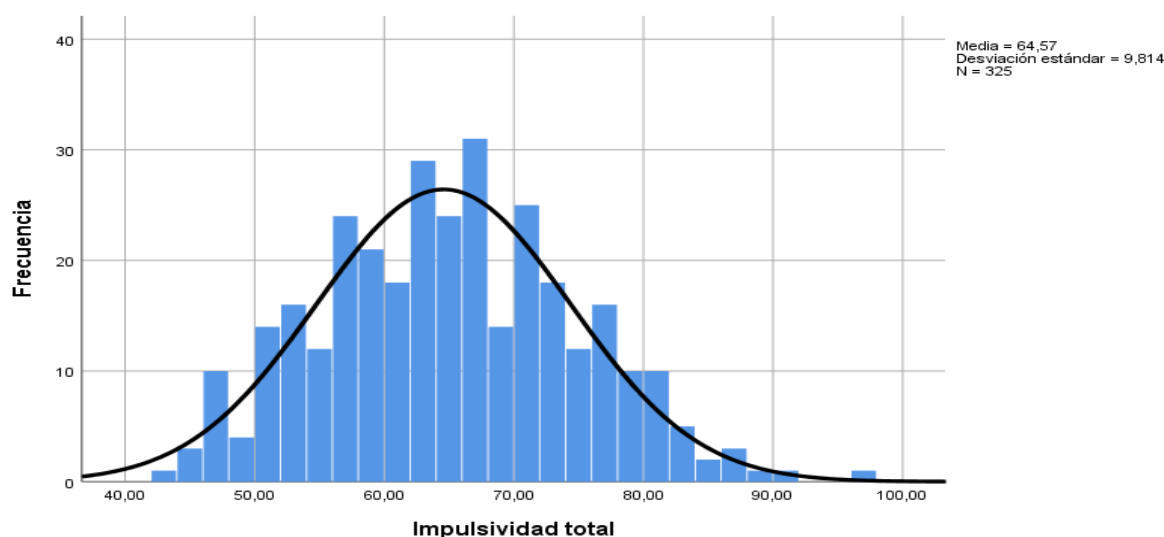
Distribución de datos de la variable depresión



Los resultados de la depresión a través del puntaje total señalan una media de 7,49, una mediana de 6,00 y un valor mínimo de 0 y un máximo de 27 con una distribución típica (DT) 7,14 estos valores indican que la población presento puntajes bajos de depresión. El valor de la asimetría (0,985) indica una distribución con tendencia a concentrarse los resultados en los valores derechos, esto significa que están por debajo de la media. Por ello se puede decir que de manera general la población de estudio presenta niveles bajos de depresión. Y con respecto a la curtosis nuestros datos se encuentran concentrados hacia la media y por ello la forma de distribución es leptocúrtica dado que se obtuvo un valor de 0,128.

Figura 6

Distribución de datos de la variable Impulsividad



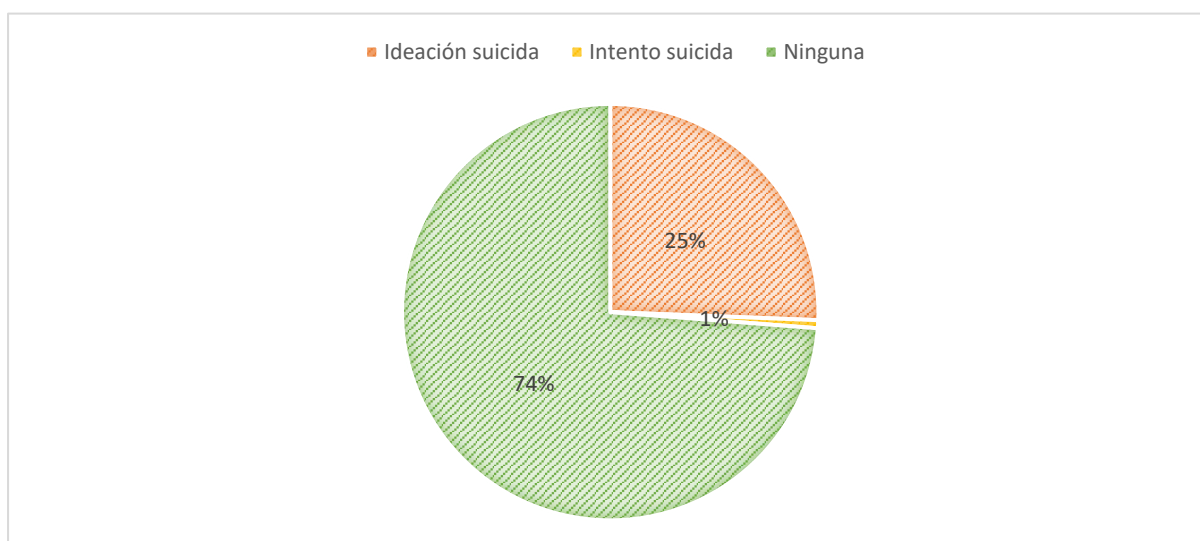
Los resultados de la impulsividad medida a través del puntaje total señalan una media de 64,57, una mediana de 64, un valor mínimo de 43 y un máximo de 96, con una distribución típica (DT) 9,81. Estos valores señalan que la población presentó puntajes medios en esta variable. El valor de la asimetría (0,175) indica una distribución con tendencia a concentrarse hacia la derecha, lo que significa que se encuentran alrededor de la media aritmética sobre y por debajo de la media. En cuanto a la curtosis es de forma platicúrtica y se obtuvo un valor de -3,53 lo que indica que los datos presentan valores atípicos menos extremos que una distribución normal.

3.1 Prevalencias de Ideación e intento suicida

En relación al primer objetivo *analizar la prevalencia de la ideación e intento suicida en estudiantes universitarios ecuatorianos* se obtuvo que el 74% (n=239) de los participantes no ha presentado ningún tipo de comportamiento suicida en relación al 25% (n=83) quienes manifiestan ideación suicida (Figura 7).

Figura 7

Ideación, intento y comportamiento suicida



De la misma manera en la Tabla 11 se puede observar que al menos el 21% (n=69) ha sentido que la vida no tiene sentido, en comparación al 73% (n=239) que no presentan algún tipo de comportamiento suicida.

Tabla 11

Comportamiento suicida

Variable	Frecuencia (f= 324)	Porcentaje (%)
He sentido que la vida no tiene sentido	69	21,30
He pensado en suicidarme	14	4,32
He intentado suicidarme	2	0,62
Ninguna de las anteriores	239	73,77

En cuanto al comportamiento suicida por sexo, que se muestran en la Tabla 12, las prevalencias se realizaron entre el mismo grupo debido a que existe una distribución

heterogénea entre hombres y mujeres. Por ello se realizó una regla de tres que permite resolver problemas de proporcionalidad entre valores, en este caso se comparan los grupos y se realizan intergrupos siendo $n=217$ la totalidad en el grupo de las mujeres y $n=108$ la totalidad en el grupo de los hombres.

En función de ello, se obtuvo que cerca del 22% ($n=47$) de las mujeres han sentido que la vida no tiene sentido en comparación a los hombres (20%, $n=22$), de la misma manera casi el 6% ($n=12$) de las mujeres han pensado suicidarse a diferencia de los hombres (1,85%, $n=2$) y aproximadamente el 1% ($n=2$) de las mujeres han intentado suicidarse.

Tabla 12

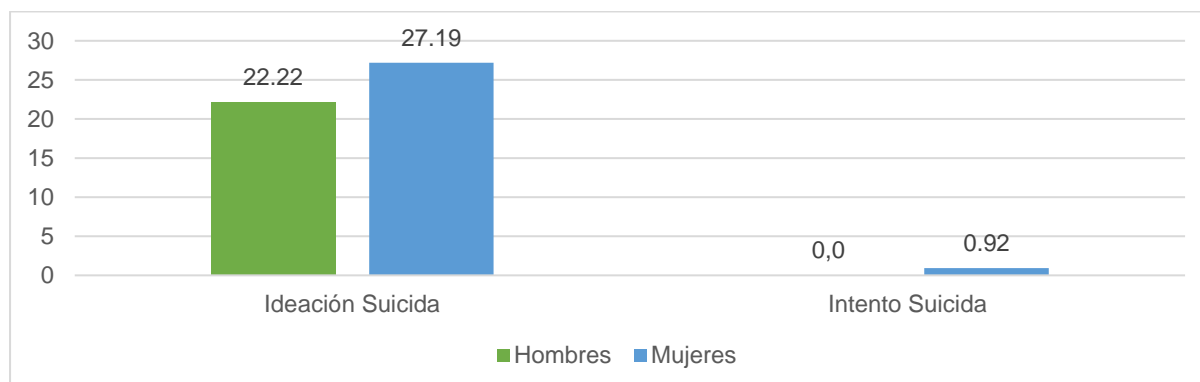
Comportamiento suicida por sexo

Variable	Hombre		Mujer	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
He sentido que la vida no tiene sentido	22	20,37	47	21,66
He pensado en suicidarme	2	1,85	12	5,53
He intentado suicidarme	0,0	0,0	2	0,92

En la Figura 8 se puede observar la ideación e intento suicida por sexo y tenemos que el 27% ($n=59$) de las mujeres presenta ideación suicida en comparación a los hombres con un 22% ($n=24$) y referente al intento suicida este es mayor en las mujeres en aproximadamente 1% ($n=2$).

Figura 8

Comportamiento suicida por sexo



3.2 Niveles de Depresión e impulsividad

En relación al segundo objetivo que es *evaluar los niveles de depresión e impulsividad en hombres y mujeres* a continuación se presentan los resultados.

3.2.1 Niveles de Depresión

Para establecer los niveles de depresión se ha tomado como referencia los niveles establecidos por Kroenke et al. (2001) de acuerdo a la distribución del PHQ-9 con el diagnóstico del estado de depresión. En base a ello, se encontró que a nivel general el 44% (n=144) de los estudiantes padece depresión mínima, una tercera parte (25%, n=82) presenta depresión media (ver Tabla 13).

Tabla 13

Niveles de depresión

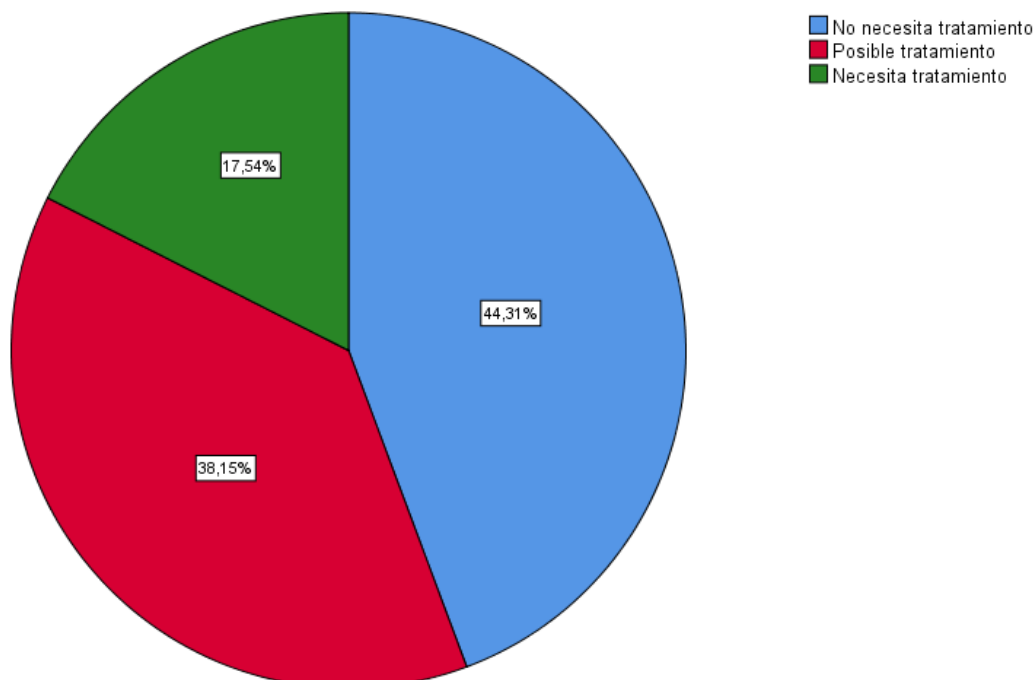
	Variable	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
0 - 4	Depresión Mínima	144	44,31
5 – 9	Depresión Media	82	25,23
10 – 14	Depresión moderada	42	12,92
15 – 19	Depresión moderadamente severa	29	8,92
20 – 27	Depresión severa	28	8,62

Al analizar los niveles de depresión por sexo se encontró que casi el 56% (n=60) de los hombres presenta depresión mínima en comparación a las mujeres quienes refieren el 39% (n=84) sin embargo, la depresión media es mayor en las mujeres con aproximadamente el 29% (n=62). Y al menos el 61% de las mujeres y el 44% de los hombres presenta algún síntoma depresivo (ver Tabla 14).

Tabla 14*Niveles de depresión por sexo*

Variable	Hombre		Mujer	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Frecuencia (f)	Porcentaje
0 - 4 Depresión Mínima	60	55,56	84	38,71
5 – 9 Depresión Media	20	18,52	62	28,57
10 – 14 Depresión moderada	12	11,11	30	13,82
15 – 19 Depresión moderadamente severa	11	10,19	18	8,29
20 – 27 Depresión severa	5	4,63	23	10,60

También se evaluaron los niveles de depresión por diagnóstico, en donde se obtuvo que el 44% (n=124) de los sujetos que participaron no necesita tratamiento y el 38% (n=124) de los jóvenes refieren requerir un posible tratamiento, como se muestra en la Figura 9.

Figura 9*Niveles de depresión por diagnóstico*

3.2.2 Niveles de Impulsividad

La Tabla 15 proporciona una visión general sobre los niveles de impulsividad en donde se obtuvo que la mayoría (58%, n=190) de los participantes refieren un nivel medio de impulsividad, además el 35% de los estudiantes universitarios señalan un nivel medio bajo. También se realizó análisis por sexo (ver tabla 16) sobre estos niveles y los resultados señalan que el 44% (n=48) de los hombres reporta una impulsividad media baja frente a las mujeres con casi el 31% (n=67), no siendo así para el nivel medio dado que las mujeres reportan un 63% (n=137) frente a los hombres con el 49% (n=53).

Tabla 15

Niveles de impulsividad

Niveles de impulsividad		Frecuencia	Porcentaje
0-20	No presenta impulsividad	0,0	0,0
21-40	Impulsividad Baja	0,0	0,0
41-60	Impulsividad Medio baja	115	35,38
61-80	Impulsividad Media	190	58,46
81-100	Impulsividad Medio alta	20	6,15
101-120	Impulsividad Alta	0,0	0,0

Tabla 16

Niveles de impulsividad por sexo

Niveles de impulsividad	Hombres		Mujer		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
0-20	No presenta impulsividad	0,0	0,0	0,0	0,0
21-40	Impulsividad Baja	0,0	0,0	0,0	0,0
41-60	Impulsividad Medio baja	48	44,44	67	30,88
61-80	Impulsividad Media	53	49,07	137	63,13
81-100	Impulsividad Medio alta	7	6,48	13	5,99
101-120	Impulsividad Alta	0,0	0,0	0,0	0,0

3.3 Análisis de normalidad de las variables

En lo que respecta a los dos últimos objetivos se procedió a realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov, los resultados obtenidos a través de esta prueba se presentan en la

Tabla 17 e indican que para depresión la distribución de la población no es normal ($p < 0,05$); del mismo modo, para impulsividad se encontró que la distribución no es normal dado que el nivel de significancia fue mayor $p \geq 0,05$. Por lo tanto, se aplicó el estadístico de Spearman para pruebas no paramétricas, cuyos resultados se muestran en el apartado a continuación.

Tabla 17

Prueba Kolmogorov-Smirnov

Kolmogorov-Smirnov			
Variable	Estadístico	gl	Sig.
Depresión	0,147	325	0,000
Impulsividad	0,041	325	0,200

3.4 **Correlación entre impulsividad y comportamiento suicida**

Para evaluar la relación entre la impulsividad y comportamiento suicida se realizó un análisis correlacional de Spearman (ρ) y se obtuvo que las variables de impulsividad y riesgo suicida tienen una correlación positiva débil ($\rho = 0.398$; $p < 0,001$) los resultados se presentan en la Tabla 18.

Tabla 18

Correlación entre impulsividad y riesgo suicida

Impulsividad	Comportamiento suicida	
	Correlación de Spearman (ρ)	0,398
Sig. (bilateral) (p)	0,000	

3.5 **Correlación entre depresión y comportamiento suicida**

Finalmente, los resultados del análisis correlacional entre depresión y comportamiento suicida por medio del coeficiente de Spearman reportaron que existe una correlación positiva moderada ($\rho = 0.615$; $p < 0,001$) entre la depresión y el comportamiento suicida (ver tabla 19).

Tabla 19

Correlación entre depresión y riesgo suicida

	Comportamiento Suicida	
Depresión	Correlación de Spearman (rs)	0,615
	Sig. (bilateral) (p)	0,000

Capítulo cuatro

Discusión

Los estudiantes universitarios se encuentran en un periodo de desarrollo y transición los cuales incluyen desafíos sociales y académicos, que requiere que se adapten a nuevas condiciones de vida. Muchos de ellos desarrollan trastornos mentales graves; sumado al estrés académico se pueden producir reacciones extremas como conductas suicidas (Lew et al., 2019). Y actualmente, ha sido evidente una alta prevalencia de problemas de salud mental en estudiantes universitarios durante la fase inicial de covid-19 a nivel mundial (Cao et al., 2020). De hecho, algunos estudios realizados durante este periodo pandémico concluyen que la salud mental de los estudiantes universitarios empeoró (Lee et al., 2021). Por lo antes mencionado, el objetivo general de la presente investigación fue medir la prevalencia de riesgo e ideación suicida y su asociación con la depresión e impulsividad en estudiantes universitarios ecuatorianos.

En lo que respecta a la prevalencia de ideación e intento suicida en universitarios ecuatorianos, se encontró que el 74% de la población no presentó ningún tipo de conducta suicida, resultados que coinciden con Kaggwa et al. (2022) quien reportó que la mayoría de los estudiantes no tenían comportamiento suicida. Por otro lado, en esta investigación, el 25% de los participantes refieren ideación suicida y el 1% intentó suicidarse; lo que es consistente con los resultados del autor antes mencionado quién señala que el 31% tiene ideación suicida; hallazgos que coinciden con autores como Nomura et al. (2021); Wu et al. (2021); Owusun-Ansah et al. (2020); Tasnim et al. (2020); Mortier et al. (2018); Denis-Rodríguez et al. (2017) quienes reportan prevalencias altas para ideación suicida y la minoría de sus participantes presentan intento suicida.

Además, se encontró que el 27% de las mujeres universitarias prevalecen en la ideación suicida y el 1% de ellas han intentado suicidarse; resultados que coinciden con los obtenidos por autores como Nomura et al. (2021); Tasnim et al. (2020); Ivanich y Teasdale (2017), quienes refieren que la ideación suicida fue más prevalente en las mujeres que en los

hombres. Todo esto guarda relación con la literatura científica, dado que las mujeres son quienes presentan tasas más elevadas en ideación suicida y los hombres consuman más el suicidio, ello debido a los métodos que utilizan (Gerstner et al. 2018).

En respuesta al objetivo evaluar los niveles de depresión e impulsividad en hombres y mujeres, con respecto a la depresión los hallazgos señalan que cerca del 56%, es decir cinco de cada diez estudiantes universitarios tiene algún síntoma de depresión, esto guarda similitud con autores como Rafi et al. (2022); Wu et al. (2022) y Li et al. (2020), además aunque en menor porcentaje, contrasta con los planteado por Nomura et al. (2021); Francis et al. (2019) y Torres et al. (2017) quienes mencionan, que el 11%, 17% y el 6% de universitarios respectivamente ha manifestado sintomatología depresiva.

De forma más específica, según los niveles de depresión, en esta investigación se identificó que los jóvenes universitarios presentaron depresión mínima (44%), y depresión media (25%); lo que es consistente con los resultados obtenidos por Nomura et al. (2021), sin embargo, existen investigaciones que no apoyan estos hallazgos dado que los niveles de depresión encontrados fueron moderados (entre el 16% al 30%) y severos (entre el 6% y 19%) (Akhtar et al., 2019; Lee et al., 2021; Veiga et al., 2022). Las diferencias entre los estudios mencionados podrían explicarse por el contexto sociocultural en el que se realizaron, dado que esta variable puede influir en los resultados reportados.

Es importante señalar que las investigaciones antes mencionadas no utilizan el PHQ 9, por lo tanto, las diferencias expuestas también pueden deberse a los instrumentos usados como son el Inventario de Beck [BDI-II], Inventario de depresión mayor [MDI] y Formulario abreviado de depresión del sistema de información de medición de resultados informados por el paciente [PROMIS].

En este mismo sentido, se realizó una distinción de los niveles de depresión por sexo y se encontró que las mujeres reportaron prevalencias elevadas de depresión (61%) a diferencia de los hombres (44%), lo que es respaldado por la literatura (OMS, 2017; INEC,

2017) y con autores como Nomura et al. (2021); Khan et al. (2021) y Holm-Hadulla et al. (2021) quienes refieren mayores prevalencias en las estudiantes universitarias. No obstante, Hou et al. (2020) obtuvieron una mayor prevalencia en los hombres, sin embargo, estas diferencias no fueron significativas, considerando que el instrumento usado fue el PHQ-2.

De la misma forma Lee et al. (2021); Kecojevic et al. (2020) y Polanco-Roman et al. (2020) coinciden que las probabilidades de experimentar mayores niveles de depresión fueron más significativas en las mujeres, a diferencia de las probabilidades de los hombres que se mantuvieron constantes.

En cuanto a los niveles de impulsividad, los resultados de la presente investigación demuestran que los estudiantes universitarios independientemente del sexo se ubican en los niveles medio de impulsividad, con ausencia para ambos grupos de impulsividad alta; estos resultados difieren con otros estudios de población joven (Matera et al., 2021; Arango-Tobón et al., 2021) en los cuales se evidencia resultados bajos de los niveles de impulsividad. Algunos estudios reportan impulsividad alta en población joven con características de maltrato infantil, consumo de sustancias (Brown et al., 2022; Daray et al., 2016), y consumo de cigarrillo (Mittal et al., 2022), en este último la impulsividad fue medida por la escala de comportamiento impulsivo UPPS-P.

Los indicadores antes señalados podrían explicarse por la conceptualización de la impulsividad según Salvo y Castro (2013), autores de la adaptación del instrumento BIS 11, dado que señalan que:

La menor capacidad discriminativa en la impulsividad no planeada y cognitiva y los mejores índices en la motora podrían explicarse por la mayor facilidad para captar el componente motor. En cambio, la apreciación reflexiva que requiere la impulsividad no planeada y cognitiva podría hacer más difícil la autoevaluación. (p. 250)

Lo cual coincide con diferentes estudios realizados en población clínica quienes reportan nivel altos de impulsividad en pacientes con consumo de alcohol (Shin et al., 2019, Jones et

al., 2014; Adams et al., 2012) consumo de drogas (Luo et al., 2022; Seifert y Wulfert, 2011) como marihuana (Hoaken y Stewart 2003), heroína (Gerra et al., 2007) y mentafetaminas (Sekine et al., 2006); así también en pacientes con problemas de alimentación (Yan et al., 2022; Solomon-Krakus et al., 2020; Guerrieri et al., 2007;), o experiencias de maltrato infantil e ideación suicida (Perez-Balaguer et al., 2022).

Además, es importante señalar que la población de estudio según varios autores (Araneda-Guirriman et al., 2018; Richardson et al., 2012; Day et al., 2018) posee unas características cognitivas, emocionales, sociales, requeridas para desenvolverse de manera eficiente en el contexto universitario; las cuales se contraponen a cada una de las dimensiones que estudia el instrumento Barrat utilizado en esta investigación.

En cuanto al cuarto objetivo que analiza la relación entre la impulsividad con el comportamiento suicida, se encontró correlación positiva, débil y estadísticamente significativa ($\rho=0.398$; $p<0,001$), este resultado es consistente con autores como: Arango-Tobón et al. (2021) quienes en un estudio con jóvenes reportaron correlaciones positivas, estadísticamente significativas entre impulsividad y suicidio ($\rho= 0,54$; $p=0,001$), también Moore et al. (2022) refieren correlaciones positivas y bajas ($r=0,19$; $p<0,001$) en población general adulta; además, Hadzic et al. (2019) quienes en su estudio con muestra clínica encontraron correlación positiva entre suicidio e impulsividad ($r=0,31$; $p<0,001$), por último, Salvo y Castro (2013) en su investigación con adolescentes encontraron correlación positiva y significativa entre las variables ($r=0,30$; $p<0,001$).

Debido a que no se encontraron suficientes investigaciones en base a la población de estudio se procedió a tomar como referencia poblaciones jóvenes, clínicas o no clínicas, dejando como precedente la importancia o el aporte a la ciencia de esta investigación en relación al constructo para investigaciones posteriores.

Por otro lado, se relacionó la variable depresión con comportamiento suicida y se encontró correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa ($\rho=0.615$; $p<0,001$),

consistente con autores como Wu et al. (2021); Naghavi et al. (2021) ($r=0,45$; $p<0,001$); Moyano et al. (2022) ($r=0,45$; $p<0,001$); Chang et al. (2019) ($r=0,57$; $p<0,001$) Korb y Plattner (2014) ($r=0,72$; $p<0,001$). Quienes señalan correlaciones positivas, fuertes a moderadas, significativas entre el suicidio y la depresión. No obstante, los últimos autores evaluaron el constructo de depresión con el instrumento BDI-II y aun así existen correlaciones entre variables.

Finalmente, es importante reconocer la asociación existente entre las variables y la importancia de la mismas en cuanto a la comprensión del suicidio, así como para el desarrollo de nuevas investigaciones que permitan analizar el suicidio. Del mismo modo, el considerar estas variables en futuras investigaciones permitirá tener una visión más amplia para realizar una intervención adecuada.

Conclusiones

En cuanto al comportamiento suicida se determinó que el 25% de los estudiantes universitarios refirieron ideación suicida, y en relación al sexo, las mujeres fueron más prevalentes tanto para los pensamientos/ sentimientos, ideación suicida e intento suicida.

Entorno a la variable depresión e impulsividad los estudiantes universitarios presentaron niveles de depresión mínima, no obstante 1 de cada 3 estudiantes presentó depresión media, y en cuanto al sexo la mayoría de los hombres reportó depresión mínima, siendo las mujeres más prevalentes en el nivel de depresión media. En lo que respecta a los niveles de impulsividad los estudiantes universitarios independientemente del sexo se ubican en los niveles medios de impulsividad, con ausencia para ambos grupos de impulsividad alta.

Sin embargo, aquellos estudiantes con mayor nivel de impulsividad en el total de la escala presentan mayor comportamiento suicida; es importante recalcar que el comportamiento suicida se relaciona moderadamente, solo con el total y con la dimensión de impulsividad atencional ($\rho = 0,409$; $p < 0,001$), a diferencia de los jóvenes con impulsividad motora ($\rho = 0,279$; $p < 0,001$) y no planificada ($\rho = 0,272$; $p < 0,001$) no poseen relación con el comportamiento suicida.

Se concluye que existe una relación débil entre el comportamiento suicida e impulsividad, destacándose los rasgos de impulsividad, que por sí solos no pueden ser considerados como predictores del suicidio, sino más bien es el resultado de la capacidad de cometer suicidio que involucra aspectos de la impulsividad (Hadzic et al., 2019, Sun et al., 2020). Por lo tanto, esta variable puede ser un factor de riesgo que posibilita la transición de la ideación al intento suicida (Auerbach et al. 2017).

Finalmente, se reconoce la existencia de relación entre las variables depresión y suicidio en estudiantes universitarios, dado que la correlación fue más fuerte, no obstante, en nuestro estudio esta relación fue más fuerte al igual que en el estudio de Moyano et al. (2020) quien

realizo correlaciones entre el suicidio, depresión e impulsividad, y su asociación más cercana se encontró entre el suicidio y depresión.

Recomendaciones

Tomando en cuenta el porcentaje de jóvenes que presentan ideación suicida en el Ecuador y considerando que este estudio recogió la información respetando el anonimato de los participantes se recomienda, desarrollar programas de prevención primaria y secundaria con el fin de psicoeducar sobre las características del mismo, así como brindar estrategias de afrontamiento individual y social para aquellas personas que estén cursando por esta situación. Es fundamental reducir las estadísticas de suicidio y por lo tanto el trabajo a nivel de prevención es fundamental.

Con respecto a los niveles de depresión, se sugiere generar programas preventivos y de intervención en los estudiantes universitarios, orientados a la resiliencia y estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, así como de regulación emocional que permitan mejorar sus habilidades personales, adaptación al contexto académico, proyección de futuro y manejo de relaciones afectivas, con la finalidad de dotar herramientas que generen emociones positivas y una adecuada toma de decisiones a fin de prevenir afecciones en su salud mental.

En cuanto a la impulsividad, se sugiere como parte de una recomendación metodológica validar el instrumento en población universitaria con una muestra mayor a 300 sujetos, así como en otro tipo de poblaciones, clínicas y sub-clínicas con el número de sujetos representativos. Además, realizar otras investigaciones que relacionen la impulsividad con distintas patologías que según la literatura guardan alta relación como conducta adictiva, trastornos de alimentación, TOC, violencia y conducta agresiva.

Se recomienda que las comunidades universitarias realicen campañas, programas de prevención con el propósito de detectar a tiempo y a la vez tener una intervención oportuna en esta población. Asimismo, considerar en los programas de prevención e intervención terapéutica la relación y la evidencia de las variables (depresión e impulsividad) sobre el suicidio dado que permite tener una visión más amplia y completa sobre los posibles factores que pueden intervenir.

Finalmente, es importante que se realicen futuras investigaciones entre estas variables (suicidio, depresión e impulsividad) considerando una muestra más amplia; y que los resultados de este estudio sean considerados como un estudio exploratorio para futuras investigaciones.

Referencias

- Abravanel, B. T. y Sinha, R. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. *Journal of psychiatric research*, 61, 89-96. [10.1016/j.jpsychires.2014.11.012](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.11.012)
- Adams, Z. W., Kaiser, A. J., Lynam, D. R., Charnigo, R. J., & Milich, R. (2012). Drinking motives as mediators of the impulsivity-substance use relation: Pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking. *Addictive behaviors*, 37(7), 848-855. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.016>
- Akhtar, M., Herwig, B. K., & Faize, F. A. (2019). Depression and Anxiety among International Medical Students in Germany: The Predictive Role of Coping Styles. *JPMA*, 69(230).
- Araneda, N., Sanhueza, P., Pacheco, G., y Sanhueza, A. (2021). Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Rev Panam Salud Publicae*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.4>
- Araneda-Guirrima, C., Gairín, J. S., Pedraja-Rejas, L., Rodríguez-Ponce, E. (2018). Percepciones sobre el perfil del estudiante universitario en el contexto de la educación superior de masas: aproximaciones desde Chile. *Interciencia*, 43(12), 864-870.
- Arango-Tobón, O. E., Tabares, A. S. G. y Serrano, S. J. O. (2021). Structural Model of Suicidal Ideation and Behavior: Mediating Effect of Impulsivity. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, 93. <https://doi.org/10.1590/0001-3765202120210680>
- Asociación de Psiquiatría Americana [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5ª Ed. Editorial Médica Panamericana
- Auerbach, R. P., Stewart, J. G., y Johnson, S. L. (2017). Impulsivity and suicidality in adolescent inpatients. *Journal of abnormal child psychology*, 45(1), 91-103. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0146-8>.

- Auerbach, R. P., Stewart, J. G., y Johnson, S. L. (2017). Impulsivity and suicidality in adolescent inpatients. *Journal of abnormal child psychology*, 45(1), 91-103. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0146-8>.
- Baca–Garcia, E., Diaz–Sastre, C., García Resa, E., Blasco, H., Braquehais Conesa, D., Oquendo, M. A., ... & De Leon, J. (2005). Suicide attempts and impulsivity. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 255(2), 152-156. 10.1007/S00406-004-0549-3
- Bari, A., & Robbins, T. W. (2013). Inhibition and impulsivity: behavioral and neural basis of response control. *Progress in neurobiology*, 108, 44-79. 10.1016/J.PNEUROBIO.2013.06.005
- Brinker, J. y Cheruvu, V. K. (2017). Social and emotional support as a protective factor against current depression among individuals with adverse childhood experiences. *Preventive Medicine Reports*, 5, 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.11.018>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenburg, N. y Rubin G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920, 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Brown, S., Fite, P. J. y Bortolato, M. (2022). The mediating role of impulsivity in the associations between child maltreatment types and past month substance use. *Child Abuse & Neglect*, 128, 105591. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105591>
- Castrillon, J. J., Canon, S. C., Betancur, M. B., Sanchez, P. L., Gonzalez, J. G., Rivas, A. G. y Calderon, C. L. (2016). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales. *Revista Diversitas Psicológica*, 11, 195-205.

- Cattaneo A y Riva M.A. (2016). Stress-induced mechanisms in mental illness: A role for glucocorticoid signalling. *J Steroid Biochem Mol Biol*, 160, 169–74. 10.1016/j.jsbmb.2015.07.021
- Chang, E. C., Chang, O. D., Lucas, A. G., Li, M., Beavan, C. B., Eisner, R. S., MacManamon, B. M., Rodriguez, N., Katamanin, O. M., Bourke E. C., de la Fuente, A., Cardeñoso, O., Wu, K., Yu, E. A., Jeglic, E. L. y Hirsch, J. K. (2019). Depression, loneliness, and suicide risk among Latino college students: a test of a psychosocial interaction model. *Social work*, 64(1), 51-60. <https://doi.org/10.1093/sw/swy052>
- Daray, F. M., Rojas, S. M., Bridges, A. J., Badour, C. L., Grendas, L., Rodante, D., Puppo, S. y Rebok, F. (2016). The independent effects of child sexual abuse and impulsivity on lifetime suicide attempts among female patients. *Child abuse & neglect*, 58, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.06.011>
- Dattani, S., Ritchie, H. & Roser, M. (2021). *Mental Health*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Day, I. N., van Blankenstein, F. M., Westenberg, P. M. y Admiraal, W. F. (2018). Explaining individual student success using continuous assessment types and student characteristics. *Higher Education Research & Development*, 37(5), 937-951. <https://doi.org/10.1080/07294360.2018.1466868>
- Denis-Rodríguez, E., Barradas Alarcón, M. E., Delgadillo-Castillo, R., Denis-Rodríguez, P. B. y Melo-Santiesteban, G. (2017). Prevalence of Suicidal Ideation in Medical Students of Latin America: a Meta-analysis. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(15), 387-418. <https://doi.org/10.23913/ride.v8i15.304>
- Diamond, G., Kodish, T., Ewing, E. S. K., Hunt, Q. A., & Russon, J. M. (2021). Family processes: Risk, protective and treatment factors for youth at risk for suicide. *Aggression and violent behavior*, 101586. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101586>

- Dubé, J., Smith, M. M., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Steward, S. H. (2021). Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: a meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Research*, 301, 113998. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113998>
- Durkheim, E. (1971). *El suicidio*. Serie Sociología y Antropología. Akal Universitaria.
- Eisenberg, D., Hunt, J. y Speer, N. (2013). Mental Health in American Colleges and Universities: Variation Across Student Subgroups and Across Campuses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(1), 60-67. 10.1097/NMD.0b013e31827ab077
- Engel, L., Chen, G., Richardson, J., y Mihalopoulos, C. (2018). The impact of depression on health-related quality of life and wellbeing: identifying important dimensions and assessing their inclusion in multi-attribute utility instruments. *Quality of Life Research*, 27(11), 10.1007/s11136-018-1936-y
- Erwin, M. C., Mitchell, M. A., Contractor, A. A., Dranger, P., Charak, R., y Elhai, J. D. (2018). The relationship between distress tolerance regulation, counterfactual rumination, and PTSD symptom clusters. *Comprehensive psychiatry*, 82, 133-140. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.01.012>
- Francis, B., Gill, J. S., Yit Han, N., Petrus, C. F., Azhar, F. L., Ahmad Sabki, Z., Mas, A. S., Koh, O.H., Ng Chong, G. y Sulaiman, A. H. (2019). Religious coping, religiosity, depression and anxiety among medical students in a multi-religious setting. *International journal of environmental research and public health*, 16(2), 259. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020259>
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Allyn & Bacon
- Gerra, G., Zaimovic, A., Raggi, M. A., Moi, G., Branchi, B., Moroni, M. y Brambilla, F. (2007). Experimentally induced aggressiveness in heroin-dependent patients treated with

- buprenorphine: comparison of patients receiving methadone and healthy subjects. *Psychiatry research*, 149(1-3), 201-213. 10.1016/j.psychres.2006.02.013
- Gerstner, R. M., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffè, S. y Kestel D. (2018). Epidemiología del suicidio de adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev Pan Am Salud Publica*, (42). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>.
- Gómez Tabares, A. S., Núñez, C., Caballo, V. E., Agudelo Osorio, M. P. y Grisales Aguirre, A. M. (2019). Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(3).
- Gomez, A. S. (2018). Factores de riesgo y predictores de la conducta suicida en estudiantes Universitarios. En K. T, Quintero Acosta (dirs.), *Encuentro Nacional de Investigación (Universidad Católica Luis Amigó)*. Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigo.
- González, C. G., Lise, A. V., & Felpeto, A. B. (2013). Tratamiento de datos con R, Statística y SPSS. Ediciones Díaz de Santos.
- Gonzalez, P. C., Medina, O. A. y Ortiz, J. C. (2016). Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una universidad pública de Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15, 136-146.
- Guerrero, D. M. (2019). Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica. *Psicoevidencias*, 55, 1-6.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, N., O'Connor, R. C., Pirkis, J. (2020). Suicide risk and prevention during the covid-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Hadzic, A., Spangenberg, L., Hallensleben, N., Forkmann, T., Rath, D., Strauß, M., Kersting, A. y Glaesmer, H. (2020). The association of trait impulsivity and suicidal ideation and

its fluctuation in the context of the Interpersonal Theory of Suicide. *Comprehensive psychiatry*, 98, 152158. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152158>.

Hegedűs, K. M., Gál, B. I., Szkaliczki, A., Andó, B., Janka, Z. y Álmos, P. Z. (2021). Temperament, character and decision-making characteristics of patients with major depressive disorder following a suicide attempt. *Plos one*, 16(5), e0251935. [10.1371/journal.pone.0251935](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251935)

Hegedűs, K. M., Gál, B. I., Szkaliczki, A., Andó, B., Janka, Z., y Álmos, P. Z. (2021). Temperament, character and decision-making characteristics of patients with major depressive disorder following a suicide attempt. *Plos one*, 16(5), e0251935. [10.1371/journal.pone.0251935](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251935)

Hernandez, L. J., Espinoza, C. F., Rodríguez, J. E., Chacón, R. J., Toloza, C. A., Arenas, M. K., Carrillo, S. M. y Bermúdez, V. J. (2018). Sobre el uso adecuado del coeficiente de correlación de Pearson: definición, propiedades y suposiciones. *Archivos venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(5), 587-595.

Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista Lucio, L. P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta ed.). McGraw Hill.

Hoaken, P. N. y Stewart, S. H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive behaviors*, 28(9), 1533-1554. [10.1016/j.addbeh.2003.08.033](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.033)

Holloway, E., Sturrock, B., Lamoureux, E., Hegel, M., Casten, R., Mellor, D., y Rees, G. (2018). Delivering problem-solving treatment in low-vision rehabilitation: A pilot feasibility study. *Rehabilitation psychology*, 63(3), 349. <https://doi.org/10.1037/rep0000217>

Holm-Hadulla, R. M., Klimov, M., Juche, T. Möltner, A. y Herpertz, S. C. (2021). Well-Being and Mental Health of Students during the COVID-19. *Psychopathology*, 54, 291-297. <https://doi.org/10.1159/000519366>

- Horesh, D., Kapel, R. L. y Hasson-Ohayon, I. (2020). Risk factors for psychological distress during the COVID-19 pandemic in Israel: loneliness, age, gender, and health status play an important role. *Br. J. Health Psychol.*, 25, 925-933, 10.1111/bjhp.12455
- Horwitz, A. V., Wakefield, J. C. y Lorenzo-Luaces, L. (2016). History of Depression. *The Oxford Handbook of Mood Disorders*.
<https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199973965.001.0001/oxfordhb-9780199973965-e-2>.
- Hou, F., Bi, F., Jiao, R., Luo, D. y Song, K. (2020). Gender differences of depression and anxiety among social media users during the COVID-19 outbreak in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20(1648). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09738-7>
- Hoyos, Z, E., Lemos, H, M. y Torres, Y. Factores de riesgo y protección de la depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological research*, 5(1), 109-121.
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E. y Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3). 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Ibrahim, N., Che Din, N., Ahmad, M., Amit, N., Ghazali, S. E., Wahab, S., Abdul Kadir, N. B., Halim, F. W., y A Halim, M. (2019). The role of social support and spiritual wellbeing in predicting suicidal ideation among marginalized adolescents in Malaysia. *BMC public health*, 19(Suppl 4), 553. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6861-7>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2018). Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. IHME Data. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2017). *Día Mundial de la Salud*.
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/dia-mundial-de-la-salud/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2020) *Estadísticas de defunciones generales en el Ecuador*. Ecuador en cifras.
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2019/Presentacion_EDG%20_2019.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2020) *Estadísticas vitales, registro estadístico de defunciones generales de 2020*.
- Islam, M. S., Potenza, M. N. y Van Os, J. (2020). Posttraumatic stress disorder during the COVID-19 pandemic: Upcoming challenges in Bangladesh and preventive strategies. *International Journal of Social Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0020764020954469>
- Islam, S., Akter, R., Sikder, T. y Griffiths. (2020). Prevalence and factors associated with depression and anxiety among first-year university students in Bangladesh: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00242-y>
- Ivanich, J., y Teasdale, B. (2018). Suicide Ideation among Adolescent American Indians: An Application of General Strain Theory. *Deviant Behavior*, 39(6), 702-715. <https://doi.org/10.1080/01639625.2017.1304799>
- Jones, K. A., Chryssanthakis, A. y Groom, M. J. (2014). Impulsivity and drinking motives predict problem behaviours relating to alcohol use in university students. *Addictive behaviors*, 39(1), 289-296. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.10.024>
- Kaggwa, M. M., Arinaitwe, I., Muwanguzi, M., Nduhuura, E., Kajjimu, J., Kule, M., Najjuka, S. M., Nkhola, R., Ajuna, N., Wamala, N. K., Manchacha, I., Mamun, M.A., Su-Hui, C. H., Griffiths, M. D. y Rukundo, G. Z. (2022). Suicidal behaviours among Ugandan

- university students: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1-3.
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03858-7>
- Kecojevic, A., Basch, C. H., Sullivan, M. y Davi, N. K. (2020). The impact of the COVID-19 epidemic on mental health of undergraduate students in New Jersey, cross-sectional study. *PloS one*, 15(9), e0239696.
- Khan, A.S., Debnath, S., Islam, S., Zaman, S., Ambia, N.E., Barshan, A.D., Hossain, M. S., Tabassum, T., Rahman, M. y Hasan, M.J. (2021). Mental health of young people amidst COVID-19 pandemic in Bangladesh. *Heliyon*, 7, e07173.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07173>
- Korb, I. y Plattner, I. E. (2014). Suicide ideation and depression in university students in Botswana. *Journal of Psychology in Africa*, 24(5), 420-426.
<https://doi.org/10.1080/14330237.2014.997010>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Janeth, B. W. y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-13. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lee, J., Jeong, H.J. y Kim, S. (2021). Stress, Anxiety, and Depression Among Undergraduate Students during the COVID-19 Pandemic and their Use of Mental Health Services. *Innovative Higher Education*, 46, 519-538
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10755-021-09552-y>
- Lew, B., Huen, J., Yu, P., Yuan, L., Wang, D. F., Ping, F., Abu, M. T., Lester, D. y Jia, C. X. (2019). Associations between depression, anxiety, stress, hopelessness, subjective well-being, coping styles and suicide in Chinese university students. *PloS one*, 14(7), e0217372.
- Li, Y., Zhao, J., Ma, Z., McReynolds, L. S., Lin, D., Chen, Z., Wang, T., Wang, D, Zhang, Y., Zhang, J, Fan, F. y Liu, X. (2021). Mental health among college students during the

- COVID-19 pandemic in China: A 2-wave longitudinal survey. *Journal of affective disorders*, 281, 597-604. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.109>
- Liu, R. T., Bettis, A. H. y Burke, T. A. (2020). Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychol. Med.*, 50(3), 367-383. 10.1017 / S003329171900391X
- López, L. C., Fong, S. B. y Godoy, J. C. (2021). Suicidal risk and impulsivity-related traits among young Argentinean college students during a quarantine of up to 103-day duration: Longitudinal evidence from the COVID-19 pandemic. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 10.1111/sltb.12799
- Lu, P., Yang, Lei., Wang, c., Xia, G. Xiang, H., Chen, G., Jiang, N., Ye, T., Pang, Y., Sun, H., Yan, L., Su, Z., Heyworth, J., Huxley, R., Fisher, J. Li, S. y Guo, Y. (2021). Mental Health of new undergraduate students before and after covid-19 in China. *Scientific Reports*, 11(18783). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98140-3>
- Luo, D., Tan, L., Shen, D., Gao, Z., Yu, L., Lai, M., Mingfeng, L., Jiajun, X. y Jing, L. (2022). Characteristics of depression, anxiety, impulsivity, and aggression among various types of drug users and factors for developing severe depression: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-12.
- MacKillop, J., Weafer, J., C Gray, J., Oshri, A., Palmer, A., & de Wit, H. (2016). The latent structure of impulsivity: impulsive choice, impulsive action, and impulsive personality traits. *Psychopharmacology*, 233(18), 3361-3370. 10.1007/S00213-016-4372-0
- Matera, E., Margari, M., Serra, M., Petruzzelli, M. G., Gabellone, A., Piarulli, F. M., Pugliese, A., Tassiello, A. R., Croce, F., Renna, C. y Margari, A. (2021). Non-suicidal self-injury: an observational study in a sample of adolescents and young adults. *Brain sciences*, 11(8), 974. <https://doi.org/10.3390/brainsci11080974>

- Matera, E., Margari, M., Serra, M., Petruzzelli, M. G., Gabellone, A., Piarulli, F. M., Pugliese, A., Tassiello, A. R., Croce, F., Renna, C. y Margari, A. (2021). Non-suicidal self-injury: an observational study in a sample of adolescents and young adults. *Brain sciences*, 11(8), 974. <https://doi.org/10.3390/brainsci11080974>
- Mccullumsmith, C. B., Williamson, D. J., May, R. S., Bruer, E. H., Sheehan, D. V. y Alphs, L. D. (2014). Simple measures of hopelessness and impulsivity are associated with acute suicidal ideation and attempts in patients in psychiatric crisis. *Innovations in clinical neuroscience*, 11(9-10), 47.
- McIntyre, R. S. y Lee, Y. (2020). Projected increases in suicide in canada as a consequence of covid-19. *Psychiatry Res.* 290, 113104 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113104>
- Medina, A., Moreno, M. J., Lilo, R. y Guija, J. A. (2015). Actualización conceptual de los trastornos del control de los impulsos en M. D. Franco Fernandez, (Ed.), *Los trastornos del control de los impulsos y las psicopatías* (pp. 9- 23). Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
- Mittal, A., Du, A., Merz, W., Myers, M. G., Crotty Alexander, L. E. y Doran, N. (2022). Impulsivity-Related Personality Traits as Predictors of E-Cigarette Use among Young Adults over Time. *Substance Use & Misuse*, 1-7.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M. y Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Moore, F. R., Doughty, H., Neumann, T., McClelland, H., Allott, C. y O'Connor, R. C. (2022). Impulsivity, aggression, and suicidality relationship in adults: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 45, 101307. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101307>

- Moselli, M., Casini, M. P., Frattini, C. y Williams, R. (2021). Suicidality and personality pathology in adolescence: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-22. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01239-x>
- Moyano, N., Vélez, K., Arias, A. y del Mar Sánchez-Fuentes, M. (2020). Two pathways to suicidal intention in Ecuadorian adolescents: The role of parental and peer attachment, depression and impulsivity. *Current Psychology*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00757-6>
- Naghavi, A., Afsharzada, M. S., Brailovskaia, J. y Teismann, T. (2022). Mental health and suicidality in Afghan students after the Taliban takeover in 2021. *Journal of affective disorders*, 307, 178-183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.001>
- Nomura, K., Minamizono, S., Maeda, E., Kim, R., Iwata, T., Hiramaya, J., Ono, K., Fushimi, M., Goto, T., Mishima, K. y Yamamoto, F. (2021). Cross-sectional survey of depressive symptoms and suicide-related ideation at a Japanese national university during the COVID-19 stay-home order. *Environ Health Prev Med*, 26(30). <https://doi.org/10.1186/s12199-021-00953-1>
- Ochnik, D., Rogowska, A. M., Kuśnierz, C., Jakubiak, M., Schütz, A., Held, M. J., Arzenšek, A., Benatov, J., Berger, R., Korchagina, E. V., Pavlova, L., Blažková, I., Aslan, I., Çınar, O. y Cuero-Acosta, Y. A. (2021). Mental health prevalence and predictors among university students in nine countries during the COVID-19 pandemic: a cross-national study. *Scientific Reports*, 11(18644).
- Okasha A, Lotaif F, Sadek A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatr Scand*. 63. 409-15.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (17 de junio de 2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Organización Mundial de la salud [OMS]. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales* (No. WHO / MSD / MER / 2017.2). Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *CIE-11 para las estadísticas de mortalidad y morbilidad (CIE-11 EMM)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Organización Mundial de la salud [OMS]. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud [OMS]. (2020). *Depresión*. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Organización Panamericana de la Salud [OMS]. (2020). *Depresión*. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). Informe regional de salud mental 2018. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018-a). *Atlas mundial de la salud mental de las américas 2017*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018-b). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *Prevención del suicidio*.

<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

Orozco-Cabal LF, Barratt ES. (2007). Implicaciones para el estudio de la neurobiología de la experiencia consciente. El acto impulsivo. *Rev Latinoam Psicol.*, 39(1).109–26.

Orozco-Cabal, L. F., y Herin, D. (2008). Neurobiología de la impulsividad y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 207.

Our world in data (2017). *Prevalencia de la depresión por edad, mundo 1990 a 2017*.

<https://ourworldindata.org/grapher/prevalence-of-depression-by-age?time=earliest..2017>

Owusu-Ansah FE, Addae AA, Peasah BO, Oppong Asante K, Osafo J. (2020). Suicide among university students: prevalence, risks and protective factors. *Health Psychol Behav Med*, 8(1), 220–33. <https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1766978>.

Owusu-Ansah FE, Addae AA, Peasah BO, Oppong Asante K, Osafo J. (2020). Suicide among university students: prevalence, risks and protective factors. *Health Psychol Behav Med*, 8(1), 220–33. <https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1766978>.

Patton, J. H., Stanford, M. S. y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*. 51(6). 768-774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)

Pérez-Balaguer, A., Peñuelas-Calvo, I., Alacreu-Crespo, A., Baca-Garcia, E., y Porras-Segovia, A. (2022). Impulsivity as a mediator between childhood maltreatment and suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.04.021>

- Polanco-Roman, L., Anglin, D. M., Miranda, R. y Jeglic, E. L. (2020). Racial/ethnic discrimination and suicidal ideation in emerging adults: the role of traumatic stress and depressive symptoms varies by gender not race/ethnicity. *J Youth Adolesc*, 48(10), 2023–2037. [10.1007/s10964-019-01097-w](https://doi.org/10.1007/s10964-019-01097-w)
- Porot M. (1971). *Diccionario de la Psiquiatría*. D Labor.
- Rafi, A., Islam, S., Hasan, M. T. y Hossain, G. (2022). Prevalence and impact of migraine among university students in Bangladesh: findings from a cross-sectional survey. *BMC neurology*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12883-022-02594-5>
- Rahanm, E., Islam, S. y Mamun, M. A. (2020). Prevalence and factors associated with suicidal ideation among university students in Bangladesh. *Archives of suicide research*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1833800>
- Real Academia Española. (s. f.). Impulso. En *Diccionario de la lengua española*. Consultado en 19 de enero de 2022, de <https://dle.rae.es/impulso?m=form>
- Richardson, M., Abraham, C., & Bond, R. (2012). Psychological correlates of university students' academic performance: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(2), 353–387. [10.1037/a0026838](https://doi.org/10.1037/a0026838)
- Robles, J. I., Acinas, M. P. & Pérez-Íñigo, J. L. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. Síntesis, S. A.
- Roche, DClinPsy, L., Croot, K., MacCann, C., Cramer, B., y Diehl-Schmid, J. (2015). The role of coping strategies in psychological outcomes for frontotemporal dementia caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 28(3), 218-228.
- Rodríguez, L. C. (2018). *El papel de la impulsividad en pacientes en tratamiento por trastornos por uso de sustancias*. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=229556>

- Roma, P., Monaro, M., Colasanti, M., Ricci, E., Biondi, S., Di Domenico, A., Verrocchio, M. A., Napoli, C., Ferracuti, S. y Mazza, C. (2020). A 2-month follow-up study of psychological distress among Italian people during the COVID-19 lockdown. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8180. [10.3390/ijerph17218180](https://doi.org/10.3390/ijerph17218180)
- Rubin, G. J. y Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *Bmj*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., Marín, J. J., & Santo Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61(2), 143-152.
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S. y Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 16(57). <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Salvo, L. y Castro, A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista médica de Chile*, 141 (4), 428-434.
- Salvo, L., Melipillán, A. y Castro, A. (2009). Confiabilidad, validez, y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 47(1), 16-23.
- Seifert, C. A., y Wulfert, E. (2011). The effects of realistic reward and risk on simulated gambling behavior. *The American Journal on Addictions*, 20(2), 120-126. [10.1111/j.1521-0391.2010.00114.x](https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00114.x)
- Sekine, Y., Ouchi, Y., Takei, N., Yoshikawa, E., Nakamura, K., Futatsubashi, M., Hiroyuki, B., Yoshio, M., Katsuaki, S., Yasuhide, I., Kenji, J., Hideo, T., Masaomi, I. y Mori, N. (2006). Brain serotonin transporter density and aggression in abstinent

- methamphetamine abusers. *Archives of general psychiatry*, 63(1), 90-100.
10.1001/archpsyc.63.1.90
- Shin, S. H., Jiskrova, G. K. y Wills, T. A. (2019). Childhood maltreatment and alcohol use in young adulthood: the role of self-regulation processes. *Addictive behaviors*, 90, 241-249. 10.1016/j.addbeh.2018.11.006
- Sola, J. d., Rubio, G., & Rodriguez de Fonseca, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales? *Salud y drogas*, 13(2), 145- 155.
- Standford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E. y Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barrat Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and individual differences*, 47(5), 385-395.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
- Sun, S., Goldberg, S. B., Lin, D., Qiao, S. y Operario, D. (2021). Psychiatric symptoms, risk, and protective factors among university students in quarantine during the COVID-19 pandemic in China. *Global Health*, 17, 15. 10.1186/s12992-021-00663-x
- Sun, X., Li, H., Song, W., Jiang, S., Shen, C. y Wang, X. (2020). ROC analysis of three-dimensional psychological pain in suicide ideation and suicide attempt among patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 76(1), 210-227.
10.1002/jclp.22870
- Taghva, A., Imani, M., Kazemi, M. R., y Shiralinia, K. (2015). The role of burnout and depression in self-destructive behaviour of the Islamic Republic of Iran Army personnel. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 41-47.
- Tang, W. y Dai, Q. (2018). Depressive symptoms among first-year Chinese undergraduates: The roles of socio-demographics, coping style, and social support. *Psychiatry research*, 270, 89-96. 10.1016/j.psychres.2018.09.027

- Tasnim, R., Islam, S., Sujan, M. S., Sikder, T. y Potenza, M. N. (2020). Suicidal ideation among Bangladeshi university students early during the COVID-19 pandemic: Prevalence estimates and correlates. *Children and youth services review*, 119, 105703. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105703>
- Taylor, S. y Asmundson, G. J. (2020). Life in a post-pandemic world: what to expect of anxiety-related conditions and their treatment. *J. Anxiety Disord.* 72, 102231 <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102231>
- Torres, C., Otero, P., Bustamante, B., Blanco, V., Díaz, O., y Vázquez, F. (2017). Problemas de salud mental y factores relacionados en estudiantes universitarios ecuatorianos. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph14050530>
- Tsujimoto, E., Taketani, R., Yano, M., Yamamoto, A., y Ono, H. (2015). Relationship between Depression, Suicidal Ideation, and Stress Coping Strategies in Japanese Undergraduates. *International Medical Journal*, 22(4).
- Tusev, A., Tonon, L. y Capella, M. (2020). The Initial Mental Health Effects of the Covid-19 Pandemic Across Some Ecuadorian Provinces. *Investigatio*, (15), 11-24. <https://doi.org/10.31095/investigatio.2020.15.2>
- Varma, P., Junge, M., Meaklim, H. y Jackson, M. L. (2021). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and biological psychiatry*, 109, 110236. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110236>
- Velazco, O. y Castrillón, E. (2015). *Suicidio de niños y adolescentes*. Editorial Universidad del Cauca.

- Wanjie, T y Qian, D. (2018). Depressive symptoms among first-year Chinese undergraduates: the roles of socio-demographics, coping style and social support. *Psychiatry Research*, 270, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.027>
- Wu, Q., Zhuo, L., Li, H., Zheng, L., Ma, G. y Tao, H. (2022) Factors associated with the mental health of back-to-Wuhan university students based on quantile regression model during the COVID-19 period. *BMC Psychiatry*, 22(284). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03828-z>
- Wu, R., Zhu, H., Wang, Z. J. y Jiang, C. L. (2021). A large sample survey of suicide risk among university students in China. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03480-z>
- Wu, R., Zhu, H., Wang, Z. J., & Jiang, C. L. (2021). A large sample survey of suicide risk among university students in China. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-9.
- Yan, W. S., Zheng, D. H., & Liu, M. M. (2022). Trait Impulsivity and Choice Impulsivity in Young Adult Students With Probable Binge Eating Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.838700>
- Zhang, Y., Wu., X., Tao, S., Li, S., Ma, L. Yu, Y., Sun, G., Li, T. y Tao, F. (2021). Associations between screen time, physical activity, and depressive symptoms during the 2019 coronavirus disease (COVID-19) outbreak among Chinese college students. *Environmental health and preventive medicine*, 26 (107). 10.1186 / s12199-021-01025-0
- Zhu, J., Sun, L., Zhang, L., Wang, H., Fan, A., Yang, B., Li, W. y Xiao, S. (2020). Prevalence and influencing factors of anxiety and depression symptoms in the first-line medical staff fighting against COVID-19 in Gansu. *Frontiers in psychiatry*, 11, 386. [10.3389/fpsy.2020.00386](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00386)

Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E. y Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of affective disorders*, 117(3), 180-185. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.001>

Apéndice

Apéndice A. Matriz de revisión bibliográfica en base de datos SCOPUS

Código	Año	Título	Instrumento	Tipo de Población		Otras Variables de estudio
				Clínica	No clínica	
001	2021	Gender differences in factors associated with resilience for health-related quality of life in persons with epilepsy	Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Hombres y mujeres con epilepsia		Autoeficacia, los estilos de afrontamiento del estrés y el apoyo social
002	2020	A 2-month follow-up study of psychological distress among Italian people during the covid-19 lockdown	Encuesta de seguimiento en línea		Italianos-población general	Estrés y ansiedad
003	2020	Anxiety and depression among amphetamine-type stimulant users: The association with religiosity and religious coping	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	Consumidores de anfetamina		Ansiedad, religiosidad y el afrontamiento religioso
004	2020	Posttraumatic growth as a buffer and a vulnerability for psychological distress in mothers who are breast cancer survivors	DASS-21	Sobrevivientes del cáncer de mama		Depresión, ansiedad y estrés
005	2020	Investigation of the effectiveness of Tai Chi exercise program in patients with scleroderma: A randomized controlled study	Escala de impacto de la fatiga, ansiedad hospitalaria y depresión.	Pacientes con esclerosis sistémicas		Sueño, ansiedad y depresión

006	2020	How do parents of children with type 1 diabetes mellitus cope and how does this condition affect caregivers' mental health?	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	Cuidadores de pacientes con diabetes mellitus.	Estrategias de afrontamiento, depresión y ansiedad
007	2020	Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu	Escala de autoevaluación de depresión (SDS)	Personal médico chino	Estrategias de afrontamiento, depresión y ansiedad
008	2020	Coping, Mood, Quality of Life, and Outcomes in Recipients of Left Ventricular Assist Devices: A Cluster Analysis	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	Receptores de asistencia ventricular izquierda.	Estilos de afrontamiento, calidad de vida, ansiedad y depresión
009	2019	Protective factors of depressive symptoms in adult cancer patients: The role of sense of coherence and posttraumatic growth in different time spans since diagnosis	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	Pacientes adultos con cáncer	Impacto del crecimiento postraumático (PTG) y el sentido de coherencia (SOC) como factores protectores
010	2019	Protective factors of depressive symptoms in adult cancer patients: The role of sense of coherence and posttraumatic growth in different time spans since diagnosis	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	Pacientes adultos con cáncer	Estrés postraumático, ansiedad y depresión
011	2018	Depressive symptoms among first-year Chinese undergraduates: The roles of socio-demographics, coping style, and social support	Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9)	Estudiantes universitarios chinos	Depresión, apoyo social y estilos de afrontamiento

012	2018	Contribution of stress and coping strategies to problematic Internet use in patients with schizophrenia spectrum disorders	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	Pacientes con esquizofrenia		Estrés, estrategias de afrontamiento y depresión.
013	2018	The impact of depression on health-related quality of life and wellbeing: identifying important dimensions and assessing their inclusion in multi-attribute utility instruments	DASS-21 Y K-10	Pacientes con depresión	Sujetos sanos	Calidad de vida, bienestar subjetivo y depresión
014	2018	Coping Flexibility as Predictor of Distress in Persons With Spinal Cord Injury	Escala para depresión	Pacientes hospitalarios		Depresión y ansiedad
015	2018	Person-centered analysis of psychological traits to explain heterogeneity in patient-reported outcomes of coronary artery disease—the THORESCI study	Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9)	Pacientes hospitalarios		Depresión, ansiedad y adherencia al tratamiento
016	2018	Delivering problem-solving treatment in low-vision rehabilitation: A pilot feasibility study	Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9)		Profesionales de la salud	Depresión
017	2018	Spiritual and religious coping and depression among family caregivers of pediatric cancer patients in Latin America	Inventario de depresión de Beck	Pacientes pediátricos con cáncer		Calidad de vida, depresión, espiritualidad
018	2018	Psychopathology and coping mechanisms in parents of children with intellectual disability	Proforma estructurada SCL90R		Padres de niños con discapacidad intelectual	Ansiedad y depresión

019	2018	Life stress and symptoms of anxiety and depression in women after cancer: The mediating effect of stress appraisal and coping	Escala de depresión del Centro de estudios epidemiológicos (CESD)	Mujeres tratadas por cáncer	Estres, ansiedad y depresión
020	2018	Gender differences in prevalence of psychiatric disorders, levels of alexithymia, and coping strategies in patients with refractory mesial temporal epilepsy and comorbid psychogenic nonepileptic seizures	Escala de depresión de Hamilton	Pacientes con epilepsia y esclerosis	Depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento
021	2018	The relationship between distress tolerance regulation, counterfactual rumination, and PTSD symptom clusters		Adultos expuestos a trauma	Estrés y ansiedad
022	2018	Differential effects of early palliative care based on the age and sex of patients with advanced cancer from a randomized controlled trial	Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9)	Pacientes con cancer avanzado	Calidad de vida, depresión y afrontamiento
023	2018	Predictors of quality of life and psychological health in infertile couples: the moderating role of duration of infertility	Escala de depresión de Edimburgo	Pacientes infértiles	Ansiedad, depresión y calidad de vida
024	2018	Coping strategies of women with postpartum depression symptoms in rural Ethiopia: A cross-sectional community study	Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9)	Mujeres postparto	Depresión y estrategias de afrontamiento

025	2017	How do risk factors affect bereavement outcomes in later life? An exploration of the mediating role of dual process coping	Escala Geriátrica de Depresión (GDS)	Adultos mayores en duelo	Depresión y soledad
026	2017	Depressive symptoms and correlates among village doctors in China	Escala de depresión del Centro de estudios epidemiológicos (CESD)	Médicos	Depresión, apoyo social y estilos de afrontamiento
027	2017	Coping strategies and mental health outcomes of conflict-affected persons in the Republic of Georgia	Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9)	Adultos expuestos a trauma	Estrés postraumático, depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento
028	2017	A prevalence study of psychosocial distress in adolescents and young adults with cancer	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	Pacientes con cáncer	Angustia psicológica, ansiedad y depresión
029	2016	Increased psychosocial risk, depression and reduced quality of life living with autosomal dominant polycystic kidney disease	Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9)	Pacientes de nefrología	Calidad de vida general (cdv), el estado de ánimo, el apoyo social percibido y el riesgo psicosocial
030	2015	Effects of acupuncture on serum metabolic parameters in premenopausal obese women: Study protocol for a randomized controlled trial	Inventario de depresión de Beck	Mujeres con obesidad y premenopáusicas	Estrés, depresión, actividad física y obesidad
031	2015	Study protocol: A randomized controlled trial testing the effectiveness of 'Op Volle Kracht' in Dutch residential care		Adolescentes en intervención	Depresión, ansiedad, problemas de conducta y clima terapéutico

032	2015	The role of burnout and depression in self-destructive behaviour of the Islamic Republic of Iran Army personnel	Inventario de depresión de Beck (BDI-II)		Personal del Ejército en servicio activo	Burnout y depresión
033	2015	Resilience is associated with fatigue after mild traumatic brain injury	Inventario de depresión de Beck (BDI-II)	Pacientes con lesión cerebral traumática leve		Resiliencia y depresión
034	2015	A Pilot Study of a Mindfulness Based Stress Reduction Program in Adolescents with Implantable Cardioverter Defibrillators or Pacemakers	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	Pacientes adolescentes con desfibriladores automáticos implantables o marcapasos		Ansiedad, depresión y afrontamiento
035	2015	Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology	Escala de depresión del Centro de estudios epidemiológicos (CESD)		Adultos	Depresión
036	2015	Relationship between depression, suicidal ideation, and stress coping strategies in Japanese undergraduates	Zung Self-Rating Depression Scale (SDS)		Estudiantes universitarios	Depresión, suicidio y estrés
037	2016	Assessment of psychosocial factors and predictors of psychopathology in a sample of heart transplantation recipients: A prospective 12-month follow-up	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	Receptores de trasplante cardiaco		Factores psicosociales y predictores de psicopatología

038	2015	Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	Pacientes con cáncer de mama	Resiliencia
030	2015	The Role of Coping Strategies in Psychological Outcomes for Frontotemporal Dementia Caregivers	Beck Depresión Inventario II (BDI-II)		Cuidadores frontotemporales de demencia Estrategias de afrontamiento
040	2015	Eating Disorders in Adolescents with Celiac Disease: Influence of Personality Characteristics and Coping		Pacientes que padecen la enfermedad celíaca (EC)	Trastorno alimentario (DE), personalidad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida.

Apéndice B. Cuestionario sociodemográfico Adhoc

Cuestionario sociodemográfico Adhoc

1. Edad

2. Sexo

- Hombre
- Mujer

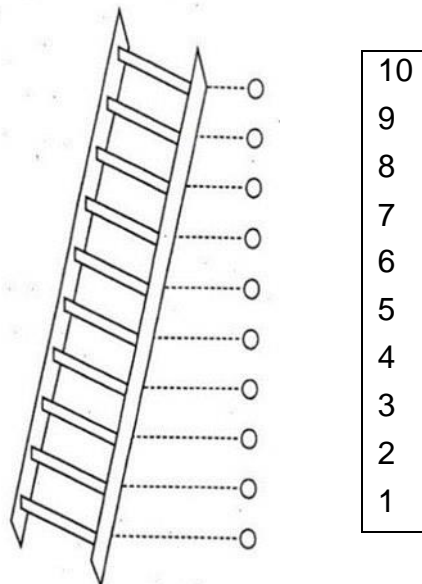
3. Estado Civil

- Soltero/a
- Casado/a
- Unión libre
- Separado/a o divorciado/a
- Viudo/a

4. Cuál es su situación laboral:

- Desempleado
- Empleado a tiempo completo (40 horas)
- Empleado a tiempo parcial
- Trabajo informal (sin contrato)

5. Clase social subjetiva



6. Cuál es su situación laboral

- Desempleado/a
- Empleado a tiempo completo (40 horas)
- Empleado a tiempo parcial
- Trabajo informal (sin contrato)

7. **¿Con qué probabilidad de 0 a 100 considera que podría perder su empleo o la fuente regular y suficiente de ingresos de la que disponga?**
.....
8. **Señale si ha sido positivo de COVID-19:**
- Sí
 No
9. **En caso negativo, ¿con qué probabilidad de 0 a 100 considera que podría contagiarse de COVID-19?**
10. **Seleccione de 1 (nada) a 10 (máximo) el grado en que considera que su sueño es reparador, es decir, si se siente descansado/a al despertar:**
.....
11. **En relación con los últimos 4 meses, señale la respuesta correcta:**
- He sentido que la vida no tiene sentido
 He pensado en suicidarme
 He intentado suicidarme
 Ninguna de las anteriores
12. **¿Se ha sentido víctima de violencia o agresión física o sexual en últimos 4 meses?**
- Sí
 No

Apéndice C. Escala de impulsividad BISS-11

Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).

Preguntas	Raramente o nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre o casi siempre
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho. (No me perturbo con facilidad).				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad. (Tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente).				
5. Planifico mis viajes con antelación.				
6. Soy una persona con autocontrol.				
7. Me concentro con facilidad. (Se me hace fácil concentrarme).				
8. Ahorro con regularidad.				
9. Se me hace difícil estar quieto por largos periodos de tiempo.				
10. Pienso las cosas cuidadosamente.				
11. Planifico para tener un trabajo fijo. (Me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos).				
12. Digo las cosas sin pensarlas.				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados. (Me gusta pensar sobre problemas complejos).				
14. Cambio de trabajo frecuentemente. (No me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo).				
15. Actúo impulsivamente.				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente. (Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo).				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad.				

18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren.				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse. (Puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo).				
20. Cambio de vivienda a menudo. (Me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo).				
21. Compró cosas impulsivamente.				
22. Yo termino lo que empiezo.				
23. Camino y me muevo con rapidez.				
24. Resuelvo los problemas experimentando. (Resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona).				
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano. (Gasto más de lo que gano)				
26. Hablo rápido.				
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando. (A veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso).				
28. Me interesa más el presente que el futuro.				
29. Me siento inquieto en clases o charlas. (Me siento inquieto si tengo que oír a alguien hablar por un largo periodo de tiempo).				
30. Planifico para el futuro. (Me interesa más el futuro que el presente).				

Apéndice D. Escala de depresión PHQ-9

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Marque con una X su opción de respuesta.

Preguntas	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil