

PERFIL COGNITIVO Y PREVALENCIA DE DEPRESIÓN,  
DESESPERANZA Y RIESGO SUICIDA EN JÓVENES  
VINCULADOS AL PRIMER NIVEL DE FORMACIÓN EN  
UNA ESCUELA MILITAR COLOMBIANA

Cognitive profile and Prevalence of Depression,  
Hopelessness and Suicide Risk in Youth Linked  
to the first level of Military Training School

Daniella Abello Luque, Mg.  
Eileen García-Montaña, Ps.\*  
Paola García Roncallo, Ps.\*  
Laura Márquez-Jiménez\*\*  
Janivys Niebles-Charris\*\*  
Diana Pérez-Pedraza\*\*

*Resumen*

Este estudio evaluó el perfil cognitivo y los niveles de desesperanza, depresión y riesgo suicida en un grupo de jóvenes vinculados al proceso de formación de una escuela militar colombiana. En total participaron 114 sujetos, militares regulares de primer año (MR-1A), que representan la totalidad de un contingente particular; todos ellos hombres, con edades entre los diecisiete y los veintidós años, provenientes de hogares ubicados en la región Caribe (41%) y el centro del país (12%), sin ningún tipo de diagnóstico médico o mental relevante. Los resultados indican relaciones lineales y directamente promocionales entre todas las variables, con magnitudes significativas en lo referente a las relaciones depresión-desesperanza ( $r_s = 0,295$ ;  $q = 0,01$ ) y depresión-riesgo suicida ( $r_s = 0,478$ ;  $q = 0,01$ ), siendo esta última el reporte más elevado.

**Palabras clave:** Desesperanza, depresión, riesgo suicida, formación militar.

---

\* Docente Tiempo Completo - Investigadora, Facultad de Psicología de la Universidad de la Costa, CUC.

\*\* Estudiantes de Psicología de la Universidad de la Costa, CUC.

**Correspondencia:** Daniela Abello Luque. Facultad de Psicología, Grupo de Investigación Cultura Educación y Sociedad, Universidad de la Costa, CUC. Barranquilla, Colombia. Correo electrónico: [dabello1@cuc.edu.co](mailto:dabello1@cuc.edu.co)

*Abstract*

This study evaluated the cognitive profile and the levels of Hopelessness, Depression and Suicide Risk in a youth group linked to the process of forming a Colombian military school. A total of 114 subjects participated, regular military freshman, which representing an entire contingent particular; all male, aged between 17 and 22 years, from households in the Caribbean region (41%) and the center of the country (12%), without any relevant medical or mental diagnosis. The results indicate linear and directly promotional relationships between all variables with significant quantities in relation to depression-hopelessness ( $r_s = 0,295$ ;  $q = 0,01$ ) and depression-suicide risk ( $r_s = 0,478$ ;  $q = 0,01$ ) the latter being the highest report.

**Keywords:** Hopelessness, Depression, Suicide Risk, Military Training.

---

**Citación/referenciación:** Abello Luque, D., García-Montaño, E., García Roncallo, P., Márquez-Jiménez, L., Niebles-Barrios, J. y Pérez-Pedraza, D. (2016). Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes vinculados al primer nivel de formación en una escuela militar colombiana. *Revista Psicología desde el Caribe*, 33(3), 299-311.

**INTRODUCCIÓN**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta a por lo menos 350 millones de personas (OMS, 2012). De esta forma, es el trastorno mental más prevalente a nivel global (OPS, 2012). De acuerdo con la World Federation for Mental Health (2012) la depresión es un trastorno con alta incidencia en el ámbito social, laboral y familiar, y en lo relativo a los jóvenes ocupa el primer lugar dentro de las causas de discapacidad (OMS, 2014).

Diversos estudios han indicado una relación potencial entre los contextos de violencia y la sintomatología depresiva (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013; Mendoza-Amaya y Saavedra-Castillo, 2012). En países como Colombia, que enfrentan una situación de violencia directa, resulta relevante considerar su relación con el fenómeno de la depresión (Médicos Sin Fronteras, 2013).

El estudio de este trastorno en contextos de violencia se ha elevado entre la población militar debido a los altos índices de suicidio. El

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2013) reporta que el mayor índice de suicidio corresponde a hombres (80.7%), solteros (48.08%), entre los dieciocho y los diecinueve años (6.74%); características coincidentes con el perfil sociodemográfico de los jóvenes aspirantes a la formación militar. Adicionalmente, Morena (2008), señala diversos factores que aumentan la vulnerabilidad de militares al padecimiento de la depresión, como la separación del ambiente familiar, el desplazamiento geográfico, las condiciones académico-laborales, las arduas jornadas de entrenamiento, las misiones de alto riesgo y la continua rotación de funciones.

La depresión es entendida según Beck (1974), como una sensación de tristeza intensa superior a dos meses de presentación, de curso y etiología diversa. Para la explicación, el sustrato psicológico de la depresión Beck *et al.* (1983) agrega tres conceptos claves:

- Triada cognitiva: Se centra en la visión negativa del sujeto acerca de sí mismo, interpretación negativa de las experiencias y la visión negativa del futuro.

- Organización estructural del pensamiento depresivo: Hace referencia a los esquemas que explican por qué las personas con depresión mantienen actitudes de malestar, incluso ante el conocimiento de alternativas positivas en su vida.
- Errores en el procesamiento de información: Obedecen a errores sistemáticos que se dan en el pensamiento de la persona y que validan la creencia que este tiene sobre sus propios conceptos.

Dentro del modelo cognitivo conductual se asume la presencia de los Esquemas Maladaptativos Tempranos y las Estrategias de Afrontamiento como factores cognitivos que pueden dar cuenta de una fortaleza y/o vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de depresión e incluso del riesgo suicida (Jiménez, 2010; Agudelo-Vélez, Casadiegos-Garzón y Sánchez-Ortiz, 2008; Ellis, 2006).

Específicamente, los Esquemas Maladaptativos Tempranos, se definen como temas disfuncionales y estables, que tienen su desarrollo en la infancia y se elaboran a lo largo de la vida (Young, 1990; 1994). Se agrupan en cinco grandes dominios:

- Dominio de desconexión y rechazo: Son características las creencias de falta de apoyo emocional de personas significativas.
- Dominio de autonomía deteriorada: Tendencia a anticipar catástrofes y de la necesidad de apoyo constante para sobrevivir y ser feliz.
- Dominio de límites insuficientes: Personas que se perciben como superiores a las demás y por tal deben tener derechos y privilegios especiales.
- Dominio de foco: Se refiere a una concentración excesiva en las necesidades cotidianas de los demás.

- Dominio de sobrevigilancia e inhibición: Es muy característica la presencia de conductas muy perfeccionistas.

En la adaptación realizada por Castrillón *et al.* (2005) del cuestionario de EMT al contexto colombiano, se prescinden de algunos esquemas que no emergieron en el estudio. El presente trabajo de investigación asume estas nuevas consideraciones como marco de referencia debido a las condiciones culturales y etarias similares del estudio de referencia.

Las estrategias de Afrontamiento son definidas como procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que desbordan la capacidad del individuo para afrontarlas (Lazarus y Folkman, 1986). Se categorizan en:

Resolución de problemas: Encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; Reestructuración cognitiva: Estrategias que modifican el significado de la situación estresante; Apoyo social: Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; Expresión emocional: Encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; Evitación de problemas: Incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; Pensamiento desiderativo: Reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; Retirada social: Distanciamiento de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; Autocrítica: Basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante (Cano, Rodríguez y García, 2007).

El presente estudio toma como punto de referencia las Estrategias de Afrontamiento y Esquemas Maladaptativos Tempranos durante la formación militar como una posible forma de vulnerabilidad. Lo anterior, conjugado con niveles preliminares de depresión, desesperanza y/o riesgo suicida, implicaría una configuración cognitivo-comportamental que, bajo circunstancias altamente estresantes, podría suponer cuadros de depresión y/o suicidio.

Según la Organización Mundial de la Salud (2010) el suicidio es “Un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado, realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social” (p. 2). Por su parte, la desesperanza ha sido reconocida ampliamente como un punto psicológico relacionado con la depresión y central vinculado con el suicidio (Bacca y Aroca, 2014; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

La teoría de la desesperanza de la depresión, asume que las personas con estilos inferenciales negativos tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner y Sandí, 1997; Jiménez, 2010). Se asume desde la terapia cognitiva, que efectuar una intervención eficiente en la desesperanza puede representar mejores rangos “antisuicidas”, superando incluso el uso de fármacos antidepressivos (Beck *et al.*, 1983; Ellis, 2006). El objetivo de este estudio fue analizar los niveles de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes que inician su formación en una escuela militar de Colombia antes de ser expuestos a este tipo de formación para prever factores psicológicos críticos que puedan comprometer su salud mental futura.

## MÉTODO

### Diseño

El estudio correspondió a un diseño no experimental, correlacional-causal de corte transversal (Montero y León, 2007).

### Participantes

El estudio se realizó con 114 estudiantes-militares de primer año (MR-1A) de una escuela de formación militar de la República de Colombia, que representan la totalidad de un contingente particular, todos ellos hombres solteros, con edad promedio de 18,81 años (Desviación típica [DT]= 1,32 años, rango 17-22). La mayoría de ellos provenientes de hogares de la región Caribe (41%) y el centro del país (12%), de nivel socioeconómico medio-bajo (71%). Ninguno de los participantes manifiesta tener un diagnóstico médico o mental relevante. Cabe mencionar que al término, el 12% de los militares se retiraron o fueron retirados de la institución antes de finalizar la etapa de aspirantes del programa de formación académico-militar (primeros tres meses) por motivos personales (50%), académicos (25%), médicos (16.6%) y disciplinarios (8.3%).

### Instrumentos

Para la recolección de los datos se emplearon: una encuesta sociodemográfica y cinco instrumentos psicométricos, todos ellos de autoreporte. La información detallada de cada instrumento se dispone en la Tabla 1. Cabe resaltar que puntajes elevados en la medida general y en los factores de cada instrumento denotan la presencia de las dimensiones dispuestas en la columna de descripción de la medida.

**Tabla 1.** Descripción de los instrumentos psicométricos empleados en el estudio

Instrumento	Autores	Descripción de medida	No. de Ítems	Alfa de Cronbach
Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ L2. (Adaptación al contexto hispano)	Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín, y Schnitter (2005)	11 Esquemas Maladaptativos Tempranos según los postulados de Young (Young, Klosko y Weishar, 2003)	45	a: 0,91
Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Adaptación al contexto hispano).	Cano, Rodríguez y García (2006)	6 Estrategias de afrontamiento postuladas por Lazarus y Folkman (1984).	67	a: 0,75
Inventario de Depresión de Beck – II. BDI II. (Adaptación argentina)	Beck, Steer y Brown (2006)	Anuncia o presencia de depresión: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión leve</li> <li>• Depresión moderada</li> <li>• Depresión severa</li> </ul>	21	a: 0,83
Escala de Desesperanza	Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimientos sobre el futuro (factor afectivo)</li> <li>• Perdida de motivación (factor motivacional)</li> <li>• Expectativas sobre el futuro (factor cognitivo)</li> <li>• Riesgo de cometer suicidio</li> <li>• Intentos autolíticos previos</li> <li>• Intensidad de la ideación actual</li> </ul>	20	a: 0,84
Escala de Riesgo suicida	Rubio <i>et al.</i> (1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimientos de depresión y desesperanza asociados</li> <li>• Aspectos relacionados con las tentativas</li> </ul>	15	a: 0,84

### Procedimiento

La recolección de la información se llevó a cabo en las instalaciones de la escuela de formación militar, con el debido consentimiento de las autoridades académicas y militares de la institución. En procura de cumplir los requerimientos de seguridad y confidencialidad, se expondrán los resultados y análisis manteniendo absoluta reserva de la identidad de la institución y del contingente de militares.

Para la consecución del objetivo propuesto, inicialmente realizamos la caracterización sociodemográfica de los participantes y se definió la muestra de estudio considerando su tipo vinculación a la formación militar. Durante este proceso se excluyeron del estudio cuatro sujetos que reportaron ser estudiantes de intercambio de instituciones militares de otros países y que, dada la modalidad de transferencia, no comparten los espacios y actividades de formación del contingente estudiado. La administración de los instrumentos psicométricos asociados a las

variables de estudio tuvo lugar en un espacio temporal único, respetando el diseño del estudio.

Consecutivamente obtenidos los datos, estimamos el perfil cognitivo de los participantes. El análisis de la prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida, según los rangos de severidad (1= nivel bajo y 2= nivel alto, indicando ausencia o presencia de la variable, respectivamente). Adicionalmente, analizamos las posibles relaciones entre el perfil cognitivo de los participantes y los niveles de prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida. Finalmente, identificamos aquellos puntos críticos para la exposición de los participantes al espacio de formación militar.

### Análisis de datos

La tabulación y procesamiento de los datos se efectuó con el software IBM SPSS 22 para Windows. Para la caracterización de la muestra se analizaron las medidas de tendencia central y dispersión de las variables sociodemográficas y las asociadas al perfil cognitivo (Esquemas Maladaptativos Tempranos y Estrategias de Afrontamiento), para la totalidad del contingente, diferenciando las particularidades de los sujetos dados de baja en el programa de formación académico-militar. La estimación de las relaciones de interdependencia entre las variables de estudio (depresión, desesperanza y riesgo suicida) se llevó a cabo empleando el *coeficiente Rho de Spearman*, con sus correspondientes niveles de significancia.

## RESULTADOS

### Perfil cognitivo de los participantes

En el contingente de militares evaluados evidenciamos mayor presencia de esquemas tipo estándares inflexibles I ( $M=1,8$ ;  $DT=0,40$ ), pri-

vación emocional ( $M=1,66$ ;  $DT=0,48$ ), entrapamiento ( $M=1,62$ ;  $DT=0,49$ ) e insuficiente autocontrol ( $M=1,59$ ;  $DT=0,49$ ), asociados a los dominios de sobrevigilancia, desconexión/rechazo, autonomía deteriorada y falta de límites, respectivamente (ver Tabla 2).

**Tabla 2.** Prevalencia Presencia de Esquemas Maladaptativos Tempranos

Esquemas	M	DT
<b>Dominio de Desconexión y Rechazo</b>		
Abandono	1,01	0,1
Privación Emocional	1,66	0,48
Desconfianza / Abuso	1,11	0,31
<b>Dominio de Autonomía Deteriorada</b>		
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	1,16	0,37
Entrampamiento	1,62	0,49
<b>Dominio de Falta de Límites</b>		
Insuficiente Autocontrol / Autodisciplina	1,59	0,49
Derecho/Grandiosidad	1,28	0,45
<b>Dominio de Foco en los demás</b>		
Autosacrificio	1,03	0,17
<b>Dominio de Sobrevigilancia</b>		
Estándares Inflexibles I	1,8	0,4
Estándares Inflexibles II	1,13	0,34
Inhibición Emocional	1,21	0,41

Nota: M: Media aritmética; DT: Desviación Típica

En lo relativo a las Estrategias de Afrontamiento observamos una fuerte tendencia de los militares a la Evitación de Problemas ( $M=1,65$ ,  $DT= 0,48$ ), la Retirada Social ( $M=1,58$ ,  $DT= 0,5$ ) y Reestructuración Cognitiva ( $M=1,56$ ,  $DT=0,5$ ). Las dos primeras concernientes a estrategias desadaptativas, centradas en la emoción y el problema, respectivamente, y la tercera a una estrategia adaptativa centrada en el problema (ver Tabla 3).

**Tabla 3.** Presencia de Estrategias de Afrontamiento

<b>Estrategias</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Centrados en el problema</b>		
Resolución de Problemas	1,29	0,46
Reestructuración Cognitiva	1,56	0,50
Evitación de problemas	1,65	0,48
Pensamiento desiderativo	1,16	0,37
<b>Centrados en la emoción</b>		
Apoyo Social	1,40	0,49
Expresión Emocional	1,38	0,49
Retirada Social	1,58	0,50
Autocrítica	1,43	0,50

**Nota:** M: Media aritmética; DT: Desviación Típica

Analizamos específicamente el perfil cognitivo reportado por los sujetos dados de baja. En este sentido, se observó una tendencia general congruente con la muestra diana de estudio. Sin embargo, los sujetos que reportaron baja disciplinaria, o voluntaria, no reportaron ningún esquema del dominio de Desconexión/Rechazo, y aquellos de baja médica registraron presencia de vulnerabilidad al daño ( $M=1,5$ ,  $DT=0,71$ ), Entrampamiento ( $M=1,5$ ,  $DT=0,71$ ) e Inhibición emocional ( $M=1,5$ ,  $DT=0,71$ ), siendo los dos primeros del dominio de Autonomía Deteriorada y el último del dominio de Sobrevigilancia (ver Tabla 4).

**Tabla 4.** Contrastación de la presencia de Esquemas Maladaptativos Tempranos de sujetos dados

<b>Esquema</b>	<b>Motivo de baja</b>									
	<b>General</b>		<b>Académica</b>		<b>Disciplinaria</b>		<b>Médica</b>		<b>Voluntaria</b>	
	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
<b>Dominio de Desconexión y Rechazo</b>										
Abandono	1,14	0,36	1	0	1	-	1,5	0,71	1,17	0,41
Privación Emocional	1,64	0,5	2	0	1	-	2	0	1,33	0,52
Desconfianza / Abuso	1,21	0,43	1,2	0,45	1	-	1,5	0,71	1,17	0,41
<b>Dominio de Autonomía Deteriorada</b>										
Vulnerabilidad al daño	1,29	0,47	1,4	0,55	1	-	1,5	0,71	1,17	0,41
Entrampamiento	1,79	0,43	1,8	0,45	2	-	1,5	0,71	1,83	0,41
<b>Dominio de Falta de Límites</b>										
Insuficiente Autocontrol	1,79	0,43	1,8	0,45	2	-	2	0	1,67	0,52
Derecho/Grandiosidad	1,36	0,5	1,4	0,55	1	-	1,5	0,71	1,33	0,52
<b>Dominio de Foco en los demás</b>										
Autosacrificio	1,21	0,43	1	0	1	-	1,5	0,71	1,33	0,52
<b>Dominio de Sobrevigilancia</b>										
E. Inflexibles I	1,79	0,43	1,6	0,55	2	-	2	0	1,83	0,41
E. Inflexibles II	1,07	0,27	1,2	0,45	1	-	1	0	1	0
Inhibición Emocional	1,36	0,5	1,2	0,45	1	-	1,5	0,71	1,5	0,55

**Nota:** M: Media aritmética; DT: Desviación Típica

Adicionalmente, se evidenció en el grupo de militares retirados un predominio en el empleo de estrategias desadaptativas de ambas modalidades (centradas en el problema y centradas en la emoción), entre las que se destacan la Evitación de problemas ( $M=1,71$ ,  $DT=0,47$ ) y la Autocrítica ( $M=1,71$ ,  $DT=0,47$ ), pese a reportar también el empleo de la estrategia de resolución del problema ( $M=1,93$ ,  $S=0,27$ ). Reporte que resulta significativamente divergente al de la muestra diana. De manera similar a lo ocurrido con respecto a los EMT, los sujetos dados de baja por motivos académicos responden completamente al perfil general, mientras que el sujeto retirado por motivos disciplinarios se ajustó al empleo de estrategias centradas en el problema (Resolución de problemas [ $M=2$ ] y Evitación de problemas [ $M=2$ ]). Los sujetos

dados de baja por razones médicas anexaron a su repertorio otra estrategia desadaptativa centrada en el problema (Pensamiento desiderativo [ $M=2$ ,  $DT=0,0$ ], y los retirados voluntariamente se limitaron a la responder a los problemas ( $M=2$ ,  $DT=0,0$ ) y a la Autocrítica ( $M=2$ ,  $DT=0,0$ ) (ver Tabla 4).

### Presencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida

Se evidenciaron niveles altos de desesperanza ( $M=1,59$ ,  $DT=0,49$ ), al contrastarse con los subpuntajes de caracterización sintomatológica, se identificó una marcada tendencia a las dimensiones motivacional (31.52%) y cognitiva (25.22%), tal como lo ilustra la Figura 1.

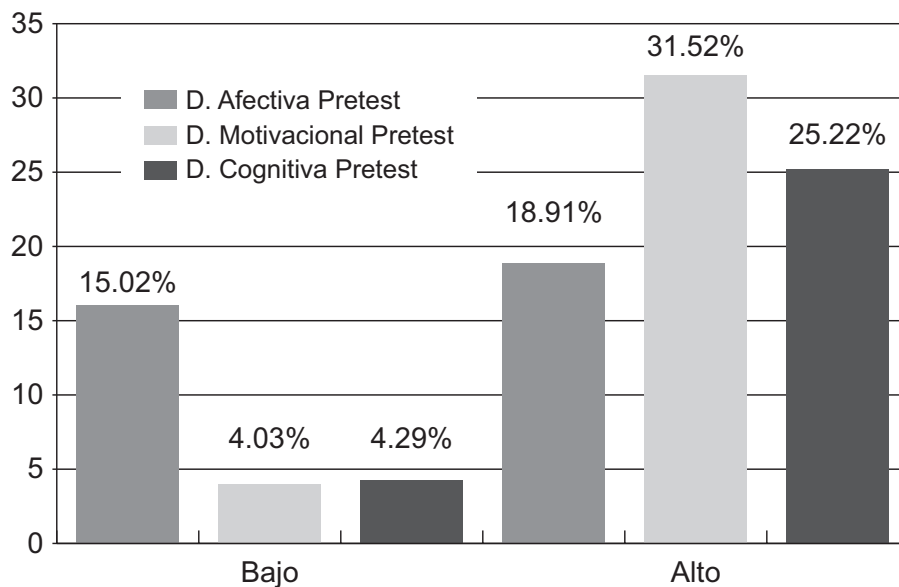


Figura 1. Dimensiones sintomatológicas de la desesperanza



En contraposición, se reportaron niveles bajos de severidad asociados a la depresión ( $M=1,03$ ,  $DT= 0,17$ ) y el riesgo suicida, tanto en la medida operativa ofrecida por la escala de Plutchik ( $M=1,02$ ,  $DT= 0,14$ ), como en la medida dirigida al componente del riesgo suicida asociado a la desesperanza del inventario de Beck ( $M=1,04$ ,  $DT= 0,20$ ). La tendencia asociada a los pocos reportes elevados de depresión responde en su mayoría a la dimensión cognitiva-afectiva (56.88%). Por su parte, entre los indicios de riesgo alto de suicidio prevalecieron los factores de naturaleza afectiva (41.41%) y conductual (27.61%), en congruencia con el elevado registro de la desesperanza.

#### **Análisis correlacional de los niveles de depresión, desesperanza y riesgo suicida**

Observamos relaciones lineales y directamente promocionales entre todas las variables, con altos niveles de significancia en cuanto a las relaciones depresión-desesperanza ( $r_s = .295$ ;  $q = .01$ ) y depresión-riesgo suicida ( $r_s = .478$ ;  $q = .01$ ), y esta última fue el reporte más elevado. Se establece así, una relación estrecha entre los niveles de severidad de las variables de estudio y su consecuente fluctuación.

#### **DISCUSIÓN**

El objetivo de este estudio fue analizar los niveles de prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes que inician su formación en una escuela militar de Colombia, considerando la incidencia de algunos factores cognitivos (Esquemas Maladaptativos Tempranos y Estrategias de Afrontamiento), que generalmente se activan ante situaciones estresantes como podría significar el ingreso

a una institución militar (Ribeiro, Dos Santos, Cazassa, Da Silva, 2014).

El estudio reveló altos niveles de desesperanza en los participantes cuya relación con los estados de depresión se reportan como significativas, así como en el caso de la depresión con el riesgo de conductas autolíticas. Dichos índices resultan especialmente importantes si se considera que la muestra estudiada será sometida a condiciones de formación militar, que constituyen en sí mismas factores de riesgo para el desarrollo de los niveles de estas variables, ahora claramente vinculadas por comorbilidad, el aumento de alguna muy probablemente incidirá en el aumento de las otras, en congruencia con el reporte de comorbilidad identificado en otros estudios (Pianowski, Sousa y Nunes, 2015; Álvarez *et al.*, 2013).

Si bien los niveles de depresión estimados no fueron significativos para demarcar un posible riesgo suicida, sí lo hizo la desesperanza, malestar que por sí solo constituye un factor precipitante de cuadros suicidas, tal y como refieren estudios recientes en este tipo de población (Shelef, Levi-Belz, y Fruchter, 2014; Montross *et al.*, 2014; Bryan, Ray-Sannerud, Morrow Etienne, 2013).

Se observó un patrón congruente en el tipo de sintomatología reportado en cada variable, los mayores niveles de prevalencia de la desesperanza se concentraron en la pérdida de la motivación y las expectativas negativas sobre el futuro. En concordancia, el malestar depresivo reportado hace referencia a pensamiento negativo sobre sí mismo, el mundo y el futuro. Así mismo, el reporte de los factores de riesgo suicida se concentró en elementos de orden afectivo, usualmente relacionado con la

percepción de las redes de apoyo y conductual, referentes al acceso a espacios u objetos que propicien la autoaniquilación o los intentos autolíticos previos.

En lo que refiere a las dimensiones del factor cognitivo, se evidenció presencia de Esquemas Maladaptativos Tempranos asociados a creencias de perfeccionismo, insatisfacción con el apoyo emocional recibido, excesiva implicación emocional con los otros significativos, y un énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad, dolor, conflicto o esfuerzo excesivo. Investigaciones recientes identifican estos elementos como factores precipitantes de vulnerabilidad al desarrollo de la depresión (Ribeiro *et al.*, 2014; Halvorsen, Wang, Eisemann y Waterloo; 2010), y el aumento del riesgo suicida (Artemo, Sanabria y Zuluaga, 2010), sobre todo teniendo en cuenta la exposición a contextos altamente demandantes, que superan los recursos personales de los sujetos.

En este sentido, se evidenció que los militares evaluados dirigen sus esfuerzos al empleo de estrategias de afrontamiento preponderantemente desadaptativas y dirigidas tanto al problema como a las emociones. Los jóvenes se orientaron a la negación, evitación de pensamientos y/o acto relacionado con el hecho estresante, y al distanciamiento de personas significativas fuertemente vinculadas al hecho estresor o a la debida reacción del mismo. Cabe resaltar que este tipo de mecanismos desadaptativos de afrontamiento conducen al agotamiento de los recursos psicológicos de los sujetos y a la insuficiencia de las acciones protectoras, viabilizando con ello el desarrollo de malestares psicológicos como la depresión y las lesiones autoinflingidas (Khazem, Law, Green, y Anestis, 2015).

En especial, el personal militar se ve sometido a exigentes entrenamientos físicos y mentales para el combate en guerra, extensos periodos de aislamiento y continuas rotaciones, que alteran sus vínculos sociales y familiares (Khazem *et al.*, 2015).

En términos generales este estudio realiza una contribución a la comprensión del fenómeno de la depresión y del riesgo suicida en el contexto militar, siendo estos dos temas de gran interés para la salud pública en Colombia y el mundo. Para tal fin, se toma en consideración la presencia de las tres variables principales con relación al perfil cognitivo de los sujetos desde el momento en el que son aspirantes a la formación militar. El panorama general del contingente evidencia cierta vulnerabilidad al desarrollo de cuadros clínicos que comprometen su bienestar como militares.

No obstante, se reconocen limitaciones en el alcance del estudio por lo que es pertinente desarrollar estudios de mayor alcance, que indaguen las variaciones de estos reportes longitudinalmente, y que realmente verifiquen el impacto de la formación militar en los niveles de depresión, desesperanza y riesgo suicida, más allá de presunciones causales. También vale la pena analizar el impacto de la mediación de los factores protectores en contextos altamente estresantes. Esto último permitiría clarificar el papel que juegan las condiciones previas, la formación militar, el perfil cognitivo y los cambios en el ciclo vital.

En este sentido, Vázquez, Hervás, Hernangómez, y Romero (2010) señalan la importancia de considerar componentes hereditarios y genéticos en la configuración de algún tipo de vulnerabilidad cognitiva. La oportuna atención de la

salud de este tipo de población y el desarrollo de intervenciones psicológicas de calidad son cada vez más importantes dado el reporte de vulnerabilidad identificado. Además, los bajos niveles de riesgo suicida y depresión registrados, si bien no son despreciables, brindan una oportunidad idónea para la puesta en marcha de programas de prevención y promoción eficientes, que capitalicen la tendencia adaptativa de los militares a la modificación del significado personal de la situación estresante en procura de atenuar el impacto en su bienestar. De esta forma se buscaría enriquecer su repertorio cognitivo, promover comportamientos saludables y brindarles las herramientas necesarias para sobrellevar las difíciles condiciones solapadas en su formación como militares y el conflicto armado interno colombiano que deben atender dado el oficio elegido.

### Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

### REFERENCIAS

- Abello, D., Cortés, O., Fonseca, L., García, P. y Mariño, J. (2013). Escala Multidimensional de trastornos afectivos-EMTA: análisis desde la teoría clásica de los test y la teoría de respuesta al ítem. *Suma Psicológica*, 20(20) 3-216. DOI: 10.14349/sumapsi2013.1442
- Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T. y Sandín, B. (1997). Teoría de la Depresión por Desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 2. DOI: 10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3845
- Agudelo-Vélez, D., Casadiegos-Garzón, C. y Sánchez-Ortíz, D. (2008). Relación entre esquemas Maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(1), 87-103.
- Álvarez, J., Cañón, S., Castaño, J., Bernier, L., Castaño, Á., Galdino, P., Gil, L., Malavera, J., Robayo, M. y Sánchez, C. (2013). Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina-Caldas (Colombia). *Archivos médicos*, 13(2), 127-141. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273829753003>
- Artemo, L. Sanabria, P y Zuluaga, H. (2010). Percepción de la calidad de vida y la salud mental en oficiales de la fuerza aérea colombiana. *Revista médica*, 18(1), 115-122.
- Bacca, E. y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37, 373-380. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n5/v37n5a3.pdf>
- Beck, A. T. (1974). The development of depression: A cognitive model. En R. J. Friedman y M. M. Katz (Eds.). *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. (pp. 3-27). Washington, D. C: Winston y Sons.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The Measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*, 55(1). Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>
- Bryan, C., Ray-Sannerud, B., Morrow, C. y Etienne, N. (2013). Shame, pride, and suicidal ideation in a military clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 147, 212-216. DOI: 10.1016/j.jad.2012.11.006

- Cano, F., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marín, C. y Schnitter, M. (2005). Validación del Yong Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ - L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 541-560.
- Ellis, T. (2006). Comienzos e hitos del desarrollo. Cognición y suicidio. En T. Ellis. (Ed.), *Estudio de la cognición y el suicidio: Teoría, investigación y terapia* (pp. 11-13). México: Manual Moderno.
- Halvorsen, M., Wang, C., Eisemann, M. y Waterloo, K. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow up study. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 368-379. DOI: 10.1007/s10608-009-9259-5
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLYCF). *Forensis 2013*. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32af2a0884b25bf>
- Jiménez, L. (2010). *Diferencias en la conducta suicida: Estudio comparativo entre intentos de suicidio y suicidio consumado* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- Khazem, L., Law, K., Green, B. y Anestis, M. (2015). Examining the relationship between coping strategies and suicidal desire in a sample of United States military personnel. *Comprehensive Psychiatry*, 57, 2-9. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.11.009
- Lazarus, R. (1986). Coping Strategies. En McHugh, S. Vallis T. M. (Eds.). *Illness behavior. A multidisciplinary model*. (pp. 303-308). Nueva York: Plenum Press.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Médicos Sin Fronteras. (2013). *Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia*. Recuperado de <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/06/Las-Heridas-Menos-Visibles-Reporte-MSF-2013.pdf>
- Mendoza-Amaya, A. y Saavedra-Castillo, J. (2012). La violencia política y su relación con ansiedad, depresión y abuso de alcohol en la población adolescente de tres ciudades de la sierra del Perú. *Revista Neuro-Psiquiatría*, 75(4), 111-119.
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Montross, L., Palinkas, L., Meier, E., Iglewicz, A., Kirkland, T. y Zisook, S. (2014). Yearning to be heard: What veterans teach us about suicide risk and effective interventions. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(3), 161-167. DOI: 10.1027/0227-5910/a000247
- Morena, D. (2008). Prevalencia de Depresión en los aspirantes a soldados de inteligencia militar. *Revista facultad de Ciencias médicas de Quito*, 33(2), 91-95.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Recuperado de [http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2\\_en\\_2010.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf)
- Organización mundial de la salud [OMS]. (2012). *La depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización mundial de la salud [OMS]. (2014). *Adolescentes y salud mental*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Recuperado de [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1047%3Adia-mundial-salud-mental-de](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047%3Adia-mundial-salud-mental-de)

- presion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236
- Pianowsky, G., Sousa, E. y Nunes, M. (2015). Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas. *Psicología desde el caribe*, 32(1), 81-120. DOI: 10.14482/psdc.32.1.5872
- Ribeiro, F., Dos Santos, P., Cazassa, M. y Da Silva, M. (2014). Esquemas desadaptativos tempranos y síntomas depresivos: Estudio de comparación intergrupar. *Revista argentina de clínica psicológica*, 23(1), 15-22.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., Marín, J. J. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos Neurobiología*, 61(2), 143-52.
- Shelef, L., Levi-Belz, Y. y Fruchter, E. (2014). Dissociation and acquired capability as facilitators of suicide ideation among soldiers. *Crisis: The Journal Of Crisis Intervention And Suicide Prevention*, 35(6), 388-397. DOI:10.1027/0227-5910/a000278
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165.
- World Federation of Mental Health [WFMH]. (2012). *Depression: A Global Crisis*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf)
- Young, J. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: a schema-focused approach*. Nueva York: Professional Resource Exchange.
- Young, J. y Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire. En: Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. (pp. 63-76). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Nueva York: Guilford Press.

